

Ošetřování nemocných s poruchou příjmu potravy

Kristýna Učňová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna UČŇOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Ošetrování nemocných s poruchou příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část: Studium literatury, historie poruch příjmu potravy, vymezení pojmů mentální anorexie a mentální bulimie, seznámení s jejich vznikem, diagnostikou, komplikacemi a léčbou. Praktická část: Proběhne formou případové studie, stanovení cílů a hypotéz, získání informací ohledně ošetrování nemocných s danou problematikou, sestavení dotazníků pro zdravotní sestry v daném oboru, vyhodnocení získaných dat, doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRCH D. F. Mentální anorexie. 1.vydání. Praha: Portál, 2002. 240s. ISBN 80-7178-598-9

KRCH.D.F. a kolektiv. Poruchy příjmu potravy. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X

KRCH D.F. Bulimie-Jak bojovat s přejídáním. 2.doplňené vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3

VÁGNEROVÁ M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872s. ISBN 80-7178-802-3

LADISHOVÁ.L.C. Strach z jídla. EPOS, 2002.159 s. ISBN 80-8919-53-3

MÁLKOVÁ I., KRCH D.F. SOS nadváha. 1. vydání. Praha:Portál, 2001. 240s. ISBN 80-7178-521-0

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Vítězslav Kouřil**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně 06.2.2016

Miroslav Štejneger

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem Ošetřování nemocných s poruchou příjmu potravy.

V teoretické části jsem popsala historii vzniku PPP, příčiny vzniku PPP, jednotlivá onemocnění se zaměřením na epidemiologii, dg. kritéria dle MKN-10(F 50.0), formy mentální anorexie a mentální bulimie, léčebné postupy u poruch příjmu potravy, možné komplikace a naposledy škály pro hodnocení poruch příjmu potravy.

Obsahem praktické části bude vypracovaná ošetrovatelská kasuistika u dívky s mentální anorexií, metoda pozorování a vyhodnocení dotazník, který byl určen pro zdravotní sestry pracující na psychiatrickém oddělení.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, přejídání se

ABSTRACT

I was occupied with the issue of Nursing patients with eating disorders in my thesis.

In theoretical part I have described the history and causes of eating disorders, single disorders related to epidemiology, diagnosis criteria according to MKN-10 (F 50.0), forms of anorexia nervosa and bulimia nervosa, medical treatment of eating disorders, possible complications and at last assessment scales for eating disorders classification.

The practical part will consist of nursing casuistry of girl with anorexia nervosa, observation method and the questionnaire for psychiatric ward nurses will be evaluated.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, hypernutrition

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/ STAG jsou totožné.

PODĚKOVÁNÍ:

Chtěla bych poděkovat panu Mudr. Vítězslavovi Kouřilovi za odborné vedení mé práce, za trpělivost a cenné rady, které mi pomohli dovést mou bakalářskou práci do konečné verze. Dále bych chtěla poděkovat psychiatrické klinice v Bohunicích, za umožnění vykonání odborné praxe na jejich oddělení a za jejich laskavý přístup po celou dobu praxe.

MOTTO:

„Nežijeme proto abychom jedli, ale jíme proto abychom žili.“

(Sokrates)

OBSAH

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	13
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE A DĚJINY ODMÍTÁNÍ POTRAVY.....	13
1.1.1 VÝVOJ CHÁPÁNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
1.1.2 VÝVOJ MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO DIAGNÓZY	13
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE A DĚJINY PŘEJÍDÁNÍ	14
1.2.1 VÝVOJ CHÁPÁNÍ MENTÁLNÍ BULIMIE	14
1.2.2 VÝVOJ MENTÁLNÍ BULIMIE JAKO DIAGNÓZY	14
2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	15
2.1 PŘÍČINY VZNIKU PPP.....	15
2.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
2.2.1 EPIDEMIOLOGIE	17
2.2.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN- 10(F 50.0).....	17
2.2.3 FORMY A TYPY MENTÁLNÍ ANOREXIE:	18
2.2.4 O ZACHÁZENÍ S NEMOCNÝMI S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ.....	19
2.3 MENTÁLNÍ BULIMIE	20
2.3.1 EPIDEMIOLOGIE	20
2.3.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN-10 (F 50.2).....	20
2.3.3 TYPICKÝ ZÁCHVAT PŘEJÍDÁNÍ SE	21
2.4 PŘEHLED LÉČEBNÝCH POSTUPŮ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	22
2.4.1 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE	22
2.4.2 HOSPITALIZACE	22
2.4.3 SVÉPOMOC, ŘÍZENÁ SVÉPOMOC A PSYCHOEDUKACE.....	23
2.4.4 RODINNÁ TERAPIE	23
2.4.5 KOGNITIVNĚ- BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	24
2.4.6 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE	24
2.4.7 PSYCHODYMICKÁ TERAPIE.....	25
2.4.8 FARMAKOTERAPIE	25
3 ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	26
3.1 TEST POSTOJE K JÍDLU – EAT (EATING ATTITUDE TEST).....	26
3.2 DOTAZNÍK STRAVOVACÍCH PORUCH – EDI (EATING DISORDER INVENTORY).....	26

4	SPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU JÍDLA V ÚTLÉM A DĚTSKÉM VĚKU	27
4.1	RUMINACE	27
4.2	PIKA	27
4.3	POSTUP K ÚPRAVĚ STAVU VÝŽIVY	28
5	ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	29
5.1	KARDIOVASKULÁRNÍ KOMPLIKACE	29
5.2	RENÁLNÍ KOMPLIKACE	29
5.3	GASTROINTESTINÁLNÍ KOMPLIKACE	29
5.4	KOSTERNÍ KOMPLIKACE	30
5.5	ENDOKRINNÍ KOMPLIKACE	30
5.6	HEMATOLOGICKÉ KOMPLIKACE	31
5.7	NEUROLOGICKÉ KOMPLIKACE	31
5.8	METABOLICKÉ KOMPLIKACE	31
5.9	DERMATOLOGICKÉ KOMPLIKACE	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	32
6	KAZUISTIKA U KLIENTKY S ONEMOCNĚNÍM MENTÁLNÍ ANOREXIE	33
6.1	METODOLOGICKÝ ÚVOD	33
6.1.1	VÝBĚR PROBLÉMU A STANOVENÍ CÍLŮ	33
6.1.2	ZDŮVODNĚNÍ VÝBĚRU METODIKY	33
	METODA PŘÍPADOVÉ STUDIE- KASUISTIKA (CASE STUDY)	33
6.1.3	VÝBĚR PŘÍPADU	33
6.1.4	ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ	34
6.1.5	OPIS STRUKTURY KASUISTIKY	34
6.1.6	ČASOVÉ VYMEZENÍ OPISU PŘÍPADU	34
6.2	CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ KLINIKY FN BRNO	34
6.2.1	CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ 24, NA KTERÉM PRAXE PROBÍHALA	35
6.2.2	AUTOGENNÍ TRÉNINK	36
6.2.3	SKUPINOVÁ TERAPIE	36
6.3	ANAMNÉZA	37
6.3.1	OSOBNÍ ANAMNÉZA:	38
6.4	KATAMNÉZA	39

6.4.1	DŘÍVĚJŠÍ DUŠEVNÍ POTÍŽE A PSYCHIATRICKÁ LÉČBA.....	39
6.4.2	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	40
6.4.3	STAV PŘI PŘIJETÍ.....	41
6.4.4	PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	41
6.5	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE.....	49
6.6	DISKUSE.....	57
7	METODIKA PRÁCE.....	59
7.1	CÍLE A HYPOTÉZY.....	59
7.2	CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO VZORCE.....	60
7.3	METODA PRÁCE.....	60
7.3.1	FORMY POLOŽEK V DOTAZNÍKU.....	60
7.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	60
7.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	61
7.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	61
8	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	62
9	ZÁVĚR DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	87
10	DISKUZE.....	89
11	METODIKA PRÁCE.....	91
11.1	DISKUSE.....	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	96
	SEZNAM GRAFŮ.....	98
	SEZNAM TABULEK.....	99
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Ošetřování nemocných s poruchou příjmu potravy. Rozhodla jsem se pro toto téma z toho důvodu, že mi bylo na první pohled zajímavé, a chtěla jsem se o něm více dozvědět a osobně se setkat s pacientkami s tímto onemocněním.

Na světě žije velké množství lidí, kteří jsou se svou postavou nespokojeni, začali hubnout a sami už nemohou přestat. Poprvé byly MA a MB lékařskou vědou popsány v Anglii a Francii v roce 1870 jako odmítání potravy, extrémní pokles tělesné hmotnosti se zácpou, amenorheou a poklesem tepové frekvence.

Mentální anorexie a mentální bulimie paří mezi dvě obrovské propasti. U mnoha dívek a chlapců probíhá myšlenka „stačí zhubnout a dokázat se kontrolovat.“ Jsou zrádná tím, že přicházejí nenápadně a většinou i bez jakýchkoliv varování. Zajímavostí je to, že se netýkají pouze žen, ale také mužů v poměru 10:1.

Mentální anorexie bývá nazývána někdy jako tzv. „nemoc celebrit“. Trpěla jí i např. princezna Diana.

Mentální bulimií trpí lidé nejčastěji ve věku mezi 16-25 lety. Již ve čtrnácti letech zhruba 2% děvčat zvrací z obavy z tloušťky a asi 2% to zkoušejí.

Z důvodu, že jsem chtěla získat více informací o této problematice, nastoupila jsem na tří-týdenní praxi na psychiatrické klinice v Brně v Bohunicích. Za cíl práce jsem si dala získat co nejvíce informací o pacientce s mentální anorexií a následné zpracování ošetřovatelské kasuistiky. Podle mého názoru je toto téma velice zajímavé a mělo by se o něm více psát a diskutovat.

„Hlad, jako charakteristické vyjádření pudu zachovy, nepochybně ovlivňuje naše chování silně a v první řadě. I život primitivů byl ovlivňován daleko silněji jím než sexualitou. Na tomto stupni byl hlad alfou a omegou života- existence sama.“ [8]

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Známí je jev zvaný ruminace neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst. Také obezita je fyzickým projevem nadvýživy. Bohužel není možné zabývat se podrobně všemi modely narušeného příjmu potravy, proto se soustředíme na v dnešní době nejvýznamnější a nejzřetelnější poruchy příjmu potravy: mentální anorexie a mentální bulimie. [12]

1.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

Odmítání jídla patřilo v dějinách k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k psychiatrickým syndromům. Dodržování půstu bylo a je původně součástí rituálních očištných obřadů téměř všech náboženství, někdy sebetrestajících praktik mnoha křesťanů. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla byly posléze pokládány za známky duševní poruchy. [12]

1.1.1 Vývoj chápání mentální anorexie

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. V antických dobách termín anorexie označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén používal tento termín v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu.

Termín „nervová anorexie“ se objevuje hlavně ve francouzské literatuře na počátku devatenáctého století. První typ anorexie je porucha trávení, zatímco u druhého typu anorexie pacienti odmítají jíst. Ve Francii se stala od devadesátých let devatenáctého století mentální anorexie běžně užívaným lékařským termínem. [12]

1.1.2 Vývoj mentální anorexie jako diagnózy

Zpočátku byla mentální anorexie považována za duševní poruchu. V roce 1914 hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou“. Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha. Od šedesátých let získávala pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby. [12]

1.2 Mentální bulimie a dějiny přejídání

Dějiny přejídání se jsou stejně staré jako dějiny odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Na jarmarcích občas obveselovali veřejnost výjimeční jedlíci.

Nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti. [12]

1.2.1 Vývoj chápání mentální bulimie

Pojem mentální bulimie má svou vlastní rozsáhlou historii. Podle Plutarcha pojem bulimos označoval zlého démona a měl znamenat velký hlad. Pozdější filosofové tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) což znamená, že člověk má takový hlad, že by dokázal sníst celého vola. Bulimie se však vztahovala i na slabost a mdloby způsobené hladem.

Teprve nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell použil termín bulimia nervosa, kterým označil „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí. [12]

1.2.2 Vývoj mentální bulimie jako diagnózy

V roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky. Na přelomu století se objevilo několik kasuistik nutkavého přejídání se, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Na počátku sedmdesátých let se začaly množit klinické případy žen, které se přecpávaly, ale dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy pomocí zvracení, projímadel, diuretik. V mezinárodních klasifikačních systémech duševních poruch se ujal termín bulimie. V revidované verzi DSM-III z roku 1987 byly diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato označení mentální bulimie. [12]

2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

První starostí člověka byl pravděpodobně neumřít hladu. Jídlo je zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. V průběhu života má jídlo různý psychický a sociální význam. Stává se odměnou, bývá únikem před samotou, nebo i způsobem komunikace.

Poslední verze mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruchy příjmu potravy (PPP) dva vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie.

I přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nemocní se zabývají tím, jak vypadají, kolik váží. [12]

Odhaduje se, že na světě trpí některou z poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, nebo záchvatovité přejídání) něco kolem 8 milionů lidí.

PPP se častěji vyskytují v ekonomicky vyspělých zemích. Např. v Kanadě nebo USA má již ve 13 letech osobní zkušenost s dietami 80% dívek a 10% chlapců. [9]

Hilda Bruch (1973) popsala tyto příznaky jako touhy po štíhlosti a Crisp (1967) dokonce prosazoval termín „fobie z nadváhy“. [12]

2.1 Příčiny vzniku PPP

a) Genetické dispozice- můžou být faktorem zvyšujícím riziko vzniku mentální anorexie. Studie rovněž prokázaly určitou vazbu dispozice ke vzniku MA a afektivní poruchy, převážně deprese.

b) Biologické dispozice- jsou změny funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se může projevit teprve v podmínkách zvýšeného stresu. Na této dispozici se podílejí různé skupiny neurotransmiterů (noradrenalin, serotonin a dopamin). Centrální nedostatek serotoninu je považován za možný předpoklad vzniku bulimie. Noradrenalin má zcela opačný efekt, stimuluje chuť k jídlu.

- c) Vývojově podmíněné specifické zátěže- může jít o biologické i psychické změny dané dospíváním. Pro vznik MA je dospívání rizikovým obdobím. Přináší biologické změny i zátěž spojenou s rozvojem vlastní identity a s přijetím ženské role.
- d) Odmítání ženské role- anorektické dívky nepovažují ženskou roli za žádoucí, vyvolává v nich strach, odpor.
- e) Dysfunkční rodinné vztahy- typická je neschopnost řešit konflikty, komunikovat a přijímat rozhodnutí. V dynamice vzniku poruch jídla, zejména MA, bývá zdůrazňován význam vztahu mezi matkou a dcerou. Matky jsou charakterizované jako málo empatické, zdůrazňující dodržování pravidel, k dcerám jsou dost často kritické.
- f) Sociokulturní faktory- podle teorie učení, jsou tyto poruchy považovány za nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu. Může jít o důsledek vlivu zdůrazňujících štíhlost jako ideál krásy. Nadváha je proto chápána jako důkaz vlastní neschopnosti a nedostatku vůle. [24]

2.2 Mentální anorexie

Patří spolu s chorobnou otylostí ke známým poruchám postoje k jídlu. Je charakterizována omezováním příjmu potravy někdy až po úplné odmítání potravy. Neléčená končí smrtelně, anebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy. [14]

Některé dívky nemocné anorexií váží o patnáct procent méně než přísluší jejich výšce a věku. Je známé, že mladí lidé ohrožení poruchou příjmu potravy jsou často poslušné, usilující o dobré výsledky ve škole. [6]

Mezi základní příznaky mentální anorexie patří odmítání jídla spojené s postupným oslabením chuti k jídlu až pocitů hladu. Chuť k jídlu se převážně zcela neztratí, ale je podvědomě potlačována. Nechuť k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím, tloušťce. Tělesná váha většinou klesá více než 15% pod odpovídající normu (BMI nižší než 17,5). Odmítání jídla a ztráta hmotnosti bývají převážně prožívány jako velmi příjemné a nemocní uvádí pocit svěžesti a energie. [17]

Uspokojení ze zhubnutí u dříve obézních dětí může být důvodem k pokračování v dietních omezeních a v následném přejití v anorexii.

Dost častá slova anorektiček: „ Nejsem žádná anorektička, nikdy jsem nechtěla zhubnout, ale...“ [11]

Jedinec dosahuje záměrně váhového úbytku pomocí různých způsobů (nadměrné cvičení, diety, zvracení, užívání anorektik, laxancí, diuretik). Častá je komorbidita se závislostmi na alkoholu, návykových látkách a s depresí. Následky nízké hmotnosti jsou sekundární, endokrinní a metabolické změny. [23]

2.2.1 Epidemiologie

Onemocnění mentální anorexie postihuje zejména mladé dívky a ženy. Poměr mezi dívkami a chlapci se udává nejčastěji mezi 1:10 ve prospěch žen.

Incidence výskytu mentální anorexie od šedesátých let stoupla, z 2 až na 100 000 obyvatel na 6-8 na 100 000 obyvatel počátkem devadesátých let. Mladých dívek a žen mezi 15 a 18. rokem věku dosahují incidence kolem 60 na 100 000 obyvatel. Většinou začátek onemocnění bývá kolem 14.-15. roku, a mezi 17. - 18. rokem věku. [7]

2.2.2 Diagnostická kritéria podle MKN- 10(F 50.0)

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo BMI 17,5(kg/m²) a nižší.

B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, “po kterých se tloustne” a že užívá jeden nebo několik z těchto prostředků: užívání laxativ, vyprovokované zvracení, užití anorektik, diuretik,...

C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tlouštění, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu

D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo- gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence

E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny(je zastaven růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení většinou dochází k normálnímu dokončení puberty. [12]

2.2.3 Formy a typy mentální anorexie:

Formy MA:

A. Akutní pubertální mentální anorexie:

Symptomy pubertální mentální anorexie:

- Odmítání potravy
- Rapidní snižování hmotnosti
- Přehnaná činorodost
- Přehnaná starostlivost o druhé
- Popírání tělesných signálů

Tělesné následky pubertální mentální anorexie:

- Úpadek sil
- Poruchy látkové přeměny a zažívání
- Srdečně oběhové potíže
- Vynechání menstruace
- Život ohrožující konečné stádium

Psychické následky mentální anorexie:

- Sociální izolace
- Pocity nadřazenosti, viny a hanby
- Euforie a deprese
- Sebevražedné ohrožení

B. Chronická mentální anorexie:

Akutní závislost na hubnutí přechází asi u třetiny pacientů do chronické fáze.

- Akceptování minimální hmotnosti
- Kontrola chování u jídla
- Úmyslně navozené zvracení
- Zneužívání léků
- Tělesné a psychické následky. [14]

Specifické typy MA:

- **Nebulimický typ (restriktivní typ)** - během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání se.
- **Bulimický (purgativní) typ**- během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání se. [12]

2.2.4 O zacházení s nemocnými s mentální anorexií

Nejdůležitější pravidla při zacházení s mentálním anorektikem:

- Mentální anrektici jsou do jisté míry psychicky a tělesně ohrožení lidé, a proto mají nárok , aby byly považováni za vážně nemocné
- Apelovat na vůli a rozum mentálního anorektika je bezvýsledné, proto dobře míněné rady o pomoc nepomáhají
- Mentální anorekticy se často chovají jako by měli nad všemi převahu a nepotřebovali sociální kontakt, proto nesmí být ponechán vlastnímu osudu
- Přes veškerou nechuť nesmějí blízcí váhat , aby přivedli nemocného na léčení
- I když příbuzní cítí, že mají podíl na příčinách chorobné závislosti, měli by ale zabránit pokusům o sebeobviňování v rodině, spíše musí vyhledávat nové cesty v rodinných vztazích. [14]

2.3 Mentální bulimie

Je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání se a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Stejně jako anorexie není bulimie v medicíně nový pojem. Například Hippokrates rozlišoval boulimos jako nezdravý hlad od normálního hladu. [12]

Také Russel psychiatricky klasifikoval porvé onemocnění jako hroživou obměnu anorexie. Cyklus přejídání se a zvracení pevně zakořenil a je ensnadné jej přerušit. [6]

Bulimie je balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se.

Přejedení je velmi relativní pojem. Přejíst se může znamenat:

- sníte více, než by jste chtěli
- sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí, nebo než je vám příjemné
- ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním
- sníte velké množství jídla než je obvyklé, nebo i v nezvyklé kombinaci. [10]

Drtivá většina mužů i žen tuto závislost tají. Bulimie (řecký výraz pro “vlčí hlad”) byla praktikována již v dobách starověkého Řecka a Říma. [5]

2.3.1 Epidemiologie

Výskyt mentální bulimie je oproti mentální anorexii vyšší a nástup onemocnění většinou přichází v pozdějším věku, nejčastěji však v pozdní adolescenci nebo pak v rané dospělosti. Prevalence MB je uváděna okolo 1-3% v populaci mladých žen a dívek. [7]

2.3.2 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

A. Epizody záchvatovitého přejídání se, které se opakují. Epizodu charakterizuje:

- Konzumace většího množství jídla během určitého časového úseku, než by dokázala většina lidí sníst ve stejné době
- Pocit ztráty kontroly nad jídlem během epizody

- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování. Cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například zneužívání laxativ, vyvolané zvracení, hladovky, cvičení.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání se týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie. [12]

2.3.3 Typický záchvat přejídání se

Typický záchvat má dva základní rysy:

1. dochází ke konzumaci značného množství jídla
2. objevuje se pocit ztráty kontroly. [5]

Mnoho bulimiček popisuje epizody jako záchvat, jako něco neovladatelného a zoufalého. V normálním životě je přejedení něčím, čemu není možné se zcela vyhnout. [10]

Záchvaty přejídání se nejčastěji spouštějí:

- Situace, které jsou spojené s jídlem, např. při nakupování, vaření
- Zážitky spojené s jídlem, jako např. pocit plnosti a sytosti po jídle nebo opakující se myšlenky na jídlo
- Situace, zážitky a představy související s vaší postavou, hmotností a strachem z tloušťky
- Negativní pocity a nálady

Některým podnětům, které spouštějí přejídání se, lze předcházet, s jistými je třeba se naučit žít a reagovat na ně jiným způsobem než přejídáním. [5]

2.4 Přehled léčebných postupů poruch příjmu potravy

Terapie u poruch příjmu potravy bývá obtížná a individuální léčebný program kombinuje medicínský sociální a psychologický přístup. Hlavním problémem je častý negativní postoj anorektických nebo bulimických pacientů k terapii. [24]

V léčbě PPP se používají přístupy psychoterapeutické (např. rodinná terapie, katatymně imaginativní psychoterapie, nebo kognitivně-behaviorální psychoterapie).

Cílem každé léčby je nejprve fyzická stabilizace a následné zapojení do psychoterapie, kterou již lze realizovat ambulantně. Po realimentaci se soustředíme převážně na nutriční poradenství, rodinnou terapii a na techniky zaměřené na prožívání tělesných pocitů.

Na mnoha místech vznikly skupiny pro nemocné s poruchou příjmu potravy. [23]

2.4.1 Ambulantní lékařská péče

Existují chroničtí a nepoddajní pacienti, kteří prošli několika různými formami léčby, a nakonec se dostali do situace, kdy už nechtěli podstoupit další léčbu, nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen malou naději na úspěch. V těchto případech lze uvažovat o tzv. „lékařské péči“. Tato péče může být prováděna individuálně nebo skupinově, s lékařským dohledem nebo s týdenními konzultacemi. [12]

2.4.2 Hospitalizace

Důvodem hospitalizace nemocných s poruchou příjmu potravy je potřeba jejich lékařské stabilizace a soustřeďuje se i na psychické problémy, které PPP udržují, nebo s nimi nějak souvisejí. [12]

Zejména výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií bývají nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení. V první fázi hospitalizace se musí zhodnotit stav hydratace a výživy.

V prvních dnech by neměla kalorická hodnota přijímané stravy by neměla převyšovat odhadnutou předchozí hodnotu výživy pouze o 50%. Celkově se dávka zvyšuje během jednoho až dvou týdnů až na doporučených 3000 – 3500 kcal. [7]

Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů s poruchou příjmu potravy existuje několik vodítek:

1. Nezbytnost návratu k normální tělesné hmotnosti
 2. Přerušování záchvatů přejídání se, zneužívání projímadel či zvracení
 3. Zvážení a léčení jiných potencionálně vážných obtíží
 4. Léčba přidružených stavů, např. deprese, nebo zneužívání psychoaktivních látek.
- [12]

2.4.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

Existují pacienti, kteří mají relativně mírné příznaky a může u nich dojít ke značnému zlepšení, nebo k úplnému uzdravení na základě svépomoci.

Terapie zaměřená na osvětu má velký vliv na chování některých pacientů, ale celkové výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u některé intenzivní kognitivně-behaviorální terapii. [12]

2.4.4 Rodinná terapie

Je léčbou první volby u mladých pacientů, a u pacientů žijících se svou rodinnou.

I když není rodinná terapie základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetřování důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům. [12]

Poskytuje podporu při hledání řešení a vhodného přístupu. [7]

Poruchy příjmu potravy mohou členy rodiny odklonit od ohrožujících vývojových očekávání, která se objevují v přechodu k pubertě.

K doporučení rodinné terapie u pacientek existují teoretické i praktické důvody. Z praktického hlediska pacient sdílí domov se svými rodiči či příbuznými, kteří mají zodpovědnost za jeho zdraví. Členové rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičkami vidět kosti. Může být taky doplňkem k individuální terapii v případech traumatu, jako například pohlavní zneužití. [12]

2.4.5 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se stala uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro část léčby mentální anorexie.

KBT zdůrazňuje pro MB tyto hlavní body:

1. Vedení záznamů o jídle pročišťování, záchvatech přejídání se
2. Změna jídelního chování (tj. zavedení konzumace jídel, kterým se vyhýbali pacientky, kontrola redukčních diet)
3. Pravidelné vážení se
4. Kontrola prevence relapsu
5. Schopnost a dovednost vytvářet nové vztahy. [12]

Působí cíleně na symptomy učení se přiměřenému chování a nácvikem řešení denních problémů.

Dále jsou v této léčbě vhodné neverbální techniky, jako např. autogenní trénink a nácvik relaxace, nebo terapie hrou. [7]

Strach v navyšování tělesné hmotnosti jsou hlavním problémem jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Většinu pacientů s mentální bulimií lze ujistit, že v průběhu léčby přiberou pravděpodobně jen málo, ale u mentální anorexie je naopak cílem nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientovu touhu udržet si nízkou tělesnou hmotnost. [12]

2.4.6 Interpersonální terapie

3 fáze terapie:

1. Identifikace interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji problému s jídlem
2. Uzavírá se teoretická smlouva o práci na těchto problémech
3. Otázky zaměřené na ukončení terapie

Fairbul et.al. (1995) zjistili, že na konci terapie je IPT o něco méně účinná než KBT.

Pacientky, které se zúčastnily IPT, se během další doby postupně zlepšovali. Po roce byla účinnost obou druhů léčby stejná. Interpersonální terapie by se měla začleňovat také do dlouhodobé psychoterapie pacientů s MA a s přetrvávajícími příznaky. [12]

2.4.7 Psychodynamická terapie

U poruch příjmu potravy by mohly být rozdělena do dvou škol:

První předpokládá, že PPP nevyžadují podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí, protože ani poruchy ani příznaky nepředstavují žádný základní proces

Druhá předpokládá, že PPP jsou zvláštní tím, že je u nich potřeba podstatných modifikací tradiční dynamické terapie proto, aby se vyšlo vstříc potřebám pacientek.

V současné době se doporučuje zvážit začlenění déletrvající dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé KBT u pacientek, kde selhaly jiné postupy. [12]

2.4.8 Farmakoterapie

O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s MB a se záchvatovitým přejídáním se, které neuspějí při počátečním pokusu o kognitivně-behaviorální léčbu. Doporučuje se, aby u pacientek s mentální bulimií medikace nebyla hlavním způsobem terapie.

Farmakoterapie u PPP má za úkol:

1. Regulovat příjem potravy a upravit tělesnou hmotnost
2. Zaměřit se na léčbu komorbidních psychických poruch, hlavně deprese
3. Odstraňovat somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy

Při přetrvávajících depresivních syndromech se z psychofarmakologie preferují antidepresiva, ale ojediněle i nízké dávky antipsychotik ke korekci agitovanosti nebo anxiety

U poruch příjmu potravy se užívají k léčbě antidepresiva třetí generace, které představují selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a escitalopram. Patří sem například fluvoxamin, sertralin nebo citalopram. [18]

3 ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

3.1 Test postoje k jídlu – EAT (Eating Attitude test)

Sebehodnotící dotazník, který je užíván u mentální anorexie a obsahuje 40 otázek (u zkrácené verze 26) popisujících obvyklé obavy a chování. Nejvíce patologické odpovědi se skórují body 3, dále méně abnormální odpovědi body 2 a naposledy 1 bod.

Hodnotí se přítomný stav pacientek, míra závažnosti anorektických příznaků a dynamika vývoje příznaků během terapie. [7]

3.2 Dotazník stravovacích poruch – EDI (Eating Disorder Inventory)

Používá se u zhodnocení psychopatologie u mentální bulimie a mentální anorexie. Škála má 64 položek tříděných do 8 subškál (míra bulimie, nespokojenost s vlastním tělem, míra potřeby hubnout, perfekcionismus, neúčinnost, interpersonální stres, strach z dospívání a interoreceptivní vnímání).

Každá subškála se hodnotí zvlášť, ale jinak je hodnocení obdobné EAT. [7]

4 SPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU JÍDLA V ÚTLÉM A DĚTSKÉM VĚKU

Kromě onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie se můžeme v mladším dětském věku setkat se specifickými symptomy spojenými s příjmem jídla, Jde o tzv. ruminaci a piku.

4.1 Ruminace

Porucha příjmu jídla s opakovanou regurgitací, ale není zde přítomna nauzea. Lze se s tímto symptomem setkat zejména v útlém věku, u kojenců, ale i ve věku batolecím a pozdějším. Podmínkou ale je nepřítomnost organického onemocnění gastrointestinálního traktu a je nutné vyloučit například gastritidu, gastroezofageální reflex, nebo ezofagitidu.

Děti často ruminují v době, kdy jsou samy. Na vzniku onemocnění se podílejí deprivace vlivy, nebo problémy ve vztahu se základní vztahovou osobou, většinou matkou.

Terapie ruminace je zaměřena jak na dítě, tak i na ovlivnění matky a celé rodiny. U malých dětí je v popředí herní psychoterapie. U starších dětí je spojená s technikami kognitivně-behaviorální terapie. [7]

4.2 Pika

Pika je označení pro požívání nestravitelných látek, jako např. hlína, různé odpadky, barviva, vlasy, písek, textilie nebo papír. Bývá často spojena s nízkou sociokulturní úrovní rodiny, nebo s deprivací fenomény. Bývá spojena s ranným věkem dítěte a do dospělosti může přetrvávat zejména u mentálně retardovaných v ústavní péči. Může se také vyskytnout u psychiatrických poruch jako např. u infantilního autismu. Terapie vychází z posouzení etiologických faktorů a z vyšetření. Potřebná je nejen psychoterapie dítěte, ale i práce s rodiči. [7]

4.3 Postup k úpravě stavu výživy

Pokud není pacient v kritickém stavu výživy či hydratace, sledují se jeho výživové zvyklosti v průběhu dvou dnů při jeho zavedeném stravovacím režimu. Pacientovi je dáváno jídlo 5krát denně, zdravotnický personál i pacient zapisují příjem potravy a tekutin.

System k úpravě výživy pacienta má dvě části:

- 1) základní program
- 2) zvláštní program

Základní program je rozdělený na tři období:

1.období- hmotnost by se měla navýšit o 1/3 předurčené výše hmotnosti

2.období- hmotnost se navýší o 2/3 předurčené hmotnosti

3.období- je dosažení předurčené výše hmotnosti. [21]

Zvláštní programy

- jsou uplatňovány pouze když nejsou plněny základní cíle hospitalizace a pacientova hmotnost klesá pod úroveň hmotnosti při přijetí. V tomto případě:

- Pacient má zákaz kontaktu s prostředím mimo oddělení
- Pokud hmotnost klesne během týdne ještě víc, zavádí se žaludeční sonda až do dosažení předurčené hmotnosti
- Po dosažení minimální předpokládané hmotnosti je zahájeno rozdělení postupu do tří období znovu tak, jak při přijetí. [21]

5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

5.1 Kardiovaskulární komplikace

Téměř u 90% postižených se v průběhu onemocnění můžeme setkat s kardiálními potížemi. Nejčastější jsou, sinusová bradykardie s frekvencí menší než 60 tepů za minutu, kterou nacházíme u více než 80% pacientek. U podobného počtu pacientů se můžeme setkat s hypotenzí pod 90/60 mm Hg.

Může dojít až k smrtelné zástavě srdeční, která může být způsobena rychlou realimentací. Dobře známé jsou i klinicky významné poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a dále zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Náhlé úmrtí je způsobeno srdečními arytmiemi v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy. [12]

5.2 Renální komplikace

Mohou se objevit až u dvou třetin anorektických pacientů, a protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může dojít u nich ke zvýšení hladiny urey v krvi. Ve fázi časně realimentaci sledovat u všech těžce podvyživených pacientek koncentrace fosfátu v plazmě, a v dle nutnosti doplňovat orálně. Zvýšené hodnoty fosfátu se můžou někdy zjistit u pacientek, které zvracejí.

U čtvrtiny pacientů s MA je patrna hypomagnezémie., vyžadující doplňování hořčíku.

Při dehydrataci, nadužívání projímadel a nízkým výdeji moči je u pacientů riziko vzniku močových kamenů. Chronické užívání projímadel a diuretik může vést až k chronickému renálnímu selhání a hypokalemické neuropatii. Proto je důležité pravidelně sledovat renální funkce, hladinu urey, elektrolytů, Clearance kreatininu a výdej moči. [12]

5.3 Gastrointestinální komplikace

Známým příznakem mentální bulimie je benigní zduření parotických slinných žláz. Objevuje se u 25 až 50% nemocných. Objevují se i u mentální anorexie a jiných případů chronické podvýživy. Ústní a zubní komplikace ukazují na jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny. Z důvody zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů.

Bouerhaavův syndrom (ruptura jícnu) a perforace žaludku jsou velmi vážné, ale vzácné komplikace způsobené zvracením. Zhoršená motilita tenkého střeva je častá.

U poloviny anorektiček lze zjistit dilatace duodena na rentgenu a asi u třetiny přechodnou dilataci jejunu. Komplikace v oblasti tlustého střeva obvykle souvisí s užíváním projímadel, např. bisakodyl nebo antrachinony.

U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují poruch funkce jater vedoucí k steatóze hepatomegalii u nemoci kwashiorkor. [12]

5.4 Kosterní komplikace

Pokud pacientka odmítá příjem mléčných produktů, obsahující vitamin D a tuky, mohou se výjimečně vyskytnout případy osteomalacie, ale u MA je častější osteoporóza. Důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí (MDK). Platí, že délka trvání amenorey je nejvýznamnějším predikátorem snížené MDK.

Dále platí, že přiměřené cvičení má ochranný vliv na kostní denzitu, protože snižuje metabolický obrat kostní tkáně a zvyšuje tvorbu kostí.

Léčebný program musí směřovat k návratu do normální tělesné hmotnosti a k obnovení menstruačního cyklu. [12]

5.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní komplikace jsou charakteristickým rysem pro mentální anorexii. Vedoucím příznakem bývá amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% tělesné hmotnosti. I po návratu k normální tělesné hmotnosti amenorea nějakou dobu přetrvává až u poloviny anorektiček. Mezi další známý příznak mentální anorexie je hypogonadismus doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH a FSH. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen převážně v normě, ale jsou však sníženy u mužů anorektiků.

U MA je prokázáno zvýšení hladiny kortizolu v plazmě. Celková hladina tyroxinu (T4) u MA je statisticky nižší než je norma, ale hladina trijodtyronu (T3) je však snížena na polovinu. Hladina TSH je v normě. U velmi podvyživených pacientek se objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět), vyvolané stavem závažného stresu. [12]

5.6 Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti.

U 10 až 20% anorektiček nacházíme mírnou normochromní normocytární anémii s typickou akantocytózou a sníženou sedimentací erytrocytů.

Leukopenii zjišťujeme u 40 až 60% pacientek. Biopsie kostní dřeně obvykle u anorektiček ukáže charakteristickou hypoplazii s nekrózou buněk. [12]

5.7 Neurologické komplikace

Z důvodu akutní poruchy elektrolytové rovnováhy způsobené zvracením, nadužíváním projímadel, můžou vzniknout mnohé komplikace, jako např. generalizované tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie nebo svalové slabosti.

U více než 40% anorektiček je projev celkové svalové slabosti a asi u 13% vzniklá periferní neuropatie. Z 6% to mohou být bolesti hlavy, v 5% křeče, ve 4% náhlá ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojitě vidění ve 4% a ve 2% porucha hybnosti. [12]

5.8 Metabolické komplikace

Zhoršení regulace tělesné teploty je dalším důkazem o narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí u pacientů s MA. Dále je narušen i metabolismus glukózy a kalcia a s tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce .

U MA i podvýživy je známým adaptačním mechanismem zpomalení bazálního metabolismu. Až u 50 % anorektiček je zjištěna zvýšená hladina cholesterolu v krvi. [12]

5.9 Dermatologické komplikace

Patří zde například šupinatá kůže, lanugo a karotenodermie z nedostatečné výživy, nebo například purpura, modřiny, mozoly na hřbetech ruky v důsledku úmyslného zvracení a kožní vyrážky po užívání diuretik a projímadel.

U 72 % anorektiček je přítomna Hyperkarotenemie a v některých případech způsobuje nažloutlé zbarvení kůže- karotenodermii. Některé kožní vyrážky mohou být způsobeny léky, které pacientky užívají, aby snížily svou hmotnost. [12]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 KAZUISTIKA U KLIENTKY S ONEMOCNĚNÍM MENTÁLNÍ ANOREXIE

6.1 Metodologický úvod

6.1.1 Výběr problému a stanovení cílů

Cíle práce jsou:

- zjistit a analyzovat způsob hospitalizace na daném oddělení
- zjistit jak pacientky s PPP přistupují k léčbě
- zjistit průběh onemocnění u dané pacientky

6.1.2 Zdůvodnění výběru metodiky

Metoda případové studie- kasuistika (case study)

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila metodu kasuistiky u vybrané pacientky.

Kasuistika je jednou z kvalitativních metod, kterou se usilujeme postihnout celistvost-komplexnost a specifičnost jednotlivých případů. Případová studie se zaměřuje na jednu osobu, skupinu, organizaci nebo komunitu.

Její relevantnost z hlediska práce spočívá v následujících faktorech : spojuje teorii s praxí v ošetrovatelství, umožňuje výběr konkrétní klientky se specifickým problémem, k danému problému je možné zaujmout individuální stanovisko a umožňuje využít interdisciplinární přístup, např. spolupráce s psychologem.

6.1.3 Výběr případu

Výběr klientky pro zpracování mé kasuistiky byl záměrný. Cílem výběru bylo získat klientku s danou problematikou, s mentální anorexií.

6.1.4 Způsob získávání informací

Informace jsem získávala pomocí dokumentace, pozorováním a pomocí zdravotnického personálu, který pracoval na oddělení psychiatrie v nemocnici v Brně v Bohunicích, kde byla klientka hospitalizovaná. Na tomto oddělení jsem strávila 3. týdenní praxi, kde jsem měla možnost o klientce získat mnoho informací.

6.1.5 Opis struktury kasuistiky

Kasuistika je komplexní a obsahuje takovou strukturu:

- anamnézu,
- katamnézu,
- analýzu a interpretaci,
- závěr anebo diskusi.

(druhá a třetí část kasuistiky mohou být samostatné, nebo vzájemně propojené)

6.1.6 Časové vymezení opisu případu

Celou studii jsem prováděla v brněnské nemocnici v Bohunicích na psychiatrickém oddělení po dobu 3 týdnů a to v prosinci roku 2008.

6.2 Charakteristika oddělení psychiatrické kliniky FN Brno

Psychiatrická klinika se dělí na několik oddělení :

Oddělení 21- oddělení dětské a dorostové psychiatrie se zaměřením na veškerou problematiku

Oddělení 22- ženské oddělení pro léčbu psychotických poruch

Oddělení 23- mužské oddělení, kde se zaměřují opět na psychotické poruchy

Oddělení 24- se zaměřením na léčbu somatických a neurotických poruch a léčbu poruch příjmu potravy

Krizové centrum- intenzivní psychoterapie za lůžkových i ambulantních podmínek v situacích životních krizí, u reaktivních psychotických poruch

Jednotka intenzivní psychiatrické péče JIPP- oddělení zaměřené na léčbu psychóz ohrožujících život a na případy vážnější somatické komorbidity u duševně nemocných.

6.2.1 Charakteristika oddělení 24, na kterém praxe probíhala

Léčba na odd. 24 trvá většinou 4 až 6 týdnů, o délce léčby v jednotlivých případech rozhoduje lékař.

Důležitou součástí léčby je pracovní terapie. Klient si může vybrat ze tří možností a během pobytu navštěvovat jednu z dílen. Např. stolařskou, výtvarnou nebo zahradnickou.

Na tomto oddělení není pacient, který čeká až se s ním „něco“ udělá, ale je aktivním účastníkem léčebného procesu.

Při příjmu na toto oddělení se u poruch příjmu potravy provádějí tato vyšetření:

- Kostní denzitometrie
- Odběry krve na : Na, K, Cl, Ca, P, Mg, Zn, urea, krea, CB, GLU, cholesterol, jaterní testy (ALT,AST,ALP,GMT), AMS, LPS, Fe, ALB, TSH, FT4, FT3, Kortizol, LH, FHS, Estradiol, Progesteron,
- Moč sbíraná / 24 h : N, K, Cl, Ca, Mg, P anorg, Urea, Kreat, CB

Každý den začínal tím, že se sešli všichni pacienti z oddělení 24, posadili se do kroužku a jako první se četl tzv. „ černý Petr“. Šlo o to, že jeden z členů si měl do dalšího dne rozmyslet, co by chtěl ostatním sdělit, např. nějakou novinku v jeho životě, nebo někdo např. vykládal o tom, co se mu zdálo atd. Tyto myšlenky potom musel zapsat do denníku , který mezi pacienty putoval. Každý den měl černého Petra někdo jiný.

Poté následovaly dotazy ohledně propustek během dne na vyřízení určitých věcí, dotazy na propustky na celý víkend nebo pokud chtěl někdo osobně mluvit s lékařem. Dost často se stávalo, že přímo lékaři si vyžádali některé pacienty ke konzultaci jejich léčby a zdravotního stavu.

Dále se zde setkáváme s autogenním tréninkem a někteří z pacientů jsou zařazeni do tzv. skupinové terapie.

6.2.2 Autogenní trénink

Je to psychoterapeutická metoda, která patří do relaxačně koncentračních metod (podobně jako hypnóza, progresivní relaxace, meditace, nebo jóga).

Při pravidelném provádění přispívá k rychlému obnovení sil a ke zmírnění popř. odstranění příznaků napětí a neklidu. Při AT jde tedy o vědomé navození si stavu vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Podmínkou úspěchu je pravidelnost a vytrvalost. Nacvičený AT zůstává pacientovi k dispozici pro případ potřeby v budoucnosti.

Autogenní trénink vyžaduje nácvik a nedaří se vždy na první pokus.

AT by neměly být prováděny večer, protože jde vlastně o metodu aktivizující.[3]

6.2.3 Skupinová terapie

Ve skupině na oddělení 24 bývá kolem 8 členů. Většinou se sedává v kruhu s jedním terapeutem. Naděje na dobrý léčebný výsledek je u těch pacientů, jejichž vstup do skupiny je dobrovolný a kteří pracují aktivně.

Hovor není jediným způsobem skupinové terapie. Setkala jsem se zde i s výtvarnými prostředky, kterými pacientky vyjadřovali své pocity (tzv. arteterapie) a následně si o svých výtvorech vykládali. Ve skupinové psychoterapii existují faktory, které působí léčebně a jež představují zisk pro každého člena skupiny. Jsou to:

- 1) Emoční (citová) podpora
- 2) Pomáhání jiným
- 3) Sebezkoumání a sebeprojevení
- 4) Odreagování
- 5) Zpětná vazba, konfrontace
- 6) Náhled
- 7) Korektivní (opravná) emoční (citová) zkušenost
- 8) Zkoušení a nácvik nového chování
- 9) Získání nových informací

6.2.3.1 *Etapy vývoje skupiny aneb Plujeme...*

Etapa první: Rozhodování

Etapa druhá: Orientace

Etapa třetí: Sdružování

Etapa čtvrtá: Podléhání

Etapa pátá: Konfrontace

Etapa šestá: Objevování

Etapa sedma: Uvolnění [21] (viz příloha č. IV)

6.3 Anamnéza

Pacientka XY, 28let, trpící mentální anorexií, hospitalizovaná na psychiatrické klinice ve FN v Bohunicích.

Sledována v ambulanci poruch metabolismu. Úrazy hlavy, vážné úrazy a úraz v poslední době neguje.

Další dg.: Malnutrice s kachexií

Sekundární amenorhea

Svalová atrofie

Sekundární osteoporóza

AA: neguje

Abusus: alkohol-dlouhodobě škodlivé užívání alkoholu, při poslední hospitalizace na JIPP PK údajně i odvykací stav, v minulosti tendence k disimulaci, cca měsíc údajně úplná abstinence, cigarety cca 2-3/den od 15 let, drogy a černou kávu-neguje.

GA: menarché v 13 letech, již 8 let sekundární amenorhea

FA: Esprital tbl. 45 mg 0-0-1

Aktiferin tbl. 0-1-0

Espumisan tbl. 0-2-0 (po jídle)

Essentials cps. 2-2-2

B- Komplex tbl. 1-0-0

RA: Matka-(46)- účetní, alkoholička, nikde se neléčí

Otec (49)-zdráv, dělník

Sestra (79)-epileptička

6.3.1 Osobní anamnéza:

Dětství a dospívání: vzpomínky na dětství má pěkné, pouze v období dospívání jí „kluci na diskotékách“ říkali, že má „velké břicho“. Vyrůstala v úplné rodině, psychotraumata neguje.

Vzdělání: na ZŠ nastoupila v 6 letech, bez prospěchových potíží, bez kázeňských prohřešků, se spolužáky a učiteli vycházela dobře. Posléze vystudovala střední hotelovou školu s maturitou. Zde byl prospěch horší („i 3 a 4“). Opakovaně také 2 z chování za utíkání z vyučování- „měla jsem strach z testů“.

Zaměstnání: pracovala v oboru jako číšnice, nejprve v hospodě v místě bydliště, poté v restauracích v Brně. V invalidním důchodu od roku 2005.

Matrimonium manželství: 5 let vdaná, pro oba první manželství, manžel o 6,5 roku starší. V poslední době udává zhoršení vztahu. „Manžela už to asi nebaví. Sice pro mě dělá první poslední, ale jinak se ignorujeme, asi mě v tom chce nechat samotnou, ať si to uvědomím sama...“

Sociální situace: žije s rodiči a manželem v RD, invalidní důchodkyně z psych. indikace, platí hypotéku na jiný rodinný dům.

Zájmy: „, teď málo, vlastně mám ráda psy, to je můj koníček“.

6.4 Katamnéza

6.4.1 Dřívější duševní potíže a psychiatrická léčba

Pacientka udává, že její první potíže se stravou začaly ve 13 letech. 3 roky však nevyhledala lékařskou pomoc. Z dokumentace bylo patrné, že první hospitalizace se odehrála v roce 2002 na JIPP psychiatrické kliniky pro metabolický rozvrat v rámci mentální anorexie.

Následovala hospitalizace na oddělení 24 v programu pro poruchy příjmu potravy.

V následujících letech byla pacientka opakovaně hospitalizovaná k provedení tzv. „realimentaci“ a korekci vnitřního prostředí při metabolickém rozvratu v rámci mentální anorexie (3x 2003, 1x2005, 1x2006, 2x2007, 3x2008).

Postupně se u pacientky rozvinulo škodlivé užívání alkoholu, převážně piva, kterým pacientka hradila energetický deficit.

Diagnózy vesměs zahrnovali:

- 50.0 mentální anorexie
- K 62.5 krvácení z konečníku z neznámých příčin
- F 10.1 toxická nemoc jater s cholestázou
- E 64.0 následující protein-energetická podvýživa
- E87.0 minerálová sysbalance
- Hemoragická anemie

Pobyty pacientky byly většinou krátké, ukončené předčasně na žádost pacientky, bez dosažení kvalitnějšího náhledu nemocné na onemocnění MA.

V anamnéze též opakované vybavování zvracení, jako obrana proti výkrmnému efektu stravy. Těsně před poslední hospitalizací na JIPP PK, byla hospitalizovaná na PLČ, kam byla přeložena na ARO. Kde se ocitla při těžkém metabolickém rozvratu.

Při poslední hospitalizaci pacientka projevila přání zopakovat pobyt na oddělení 24.

6.4.2 Nynější onemocnění

Pacientka objednána k pobytu na oddělení 24 pro PPP při své hospitalizaci na JIPP PK.

Pacientka přišla k pohovoru ochotně, při pohovoru neudržovala oční kontakt, byl patrný lehký neklid- pacientka si pohrávala s nohama a s klíčky. Chvillemi byly patrné inadequate úsměvy, když pacientka popisovala události, které subjektivně vnímá jako nepříjemné. Odpovědi byly kusé, bylo nutno opakovaně klást navádějící dotazy.

Hned v úvodu pohovoru pacientka žádala, jestli by nemohla dostat dietu č. 15.

Pacientka udávala, že se cítila velice špatně, velice slabě, nebyla schopna výrazné fyzické aktivity pro únavu.

Po propuštění z JIPP PK dodržovala asi 3 týdny jistý stravovací režim (na snídani cca 2 rohlíky a na oběd snědla celý oběd), ale z jídla jí bylo „nevolno“ a na „zvracení“. Rovněž po jídle prý občas zvracela. Neguje, že by si zvracení vyvolávala. „Šlo to samo“.

Poslední týden přes den snědla asi jen 1 rohlík a trochu polívky. Udává: „Když se najím, mám špatné svědomí, že něco snědla“. Na jídlo myslí téměř pořád.

Její ostatní zájmy jsou naprosto omezeny zvýšenou únavou a přemýšlením o jídle. Udává potom mírný strach z tloušťky („Poslední dobou je to lepší“).

Na svou hmotnost „ani často nemyslí“. Její ideální hmotnost by byla 46 kg. Udává, že intenzivně necvičí, údajně by jí to prý zabilo. Diuretika ani laxativa neužívá.

Její nálada byla špatná, udává, že má strach z budoucnosti, nevěří si, že režim oddělení zvládne a že fyzicky zvládne chodit po schodech až do 4 patra. Je však odhodlaná pokusit se léčbu dokončit, ale byla k tomu skeptická se slovy „Táhne se to už dlouho“.

Má sníženou chuť k činnostem. Poslední 2 noci špatně spala („asi jsem byla nervózní z nástupu tady na oddělení“), jinak spí dobře. Potíže se soustředěním, nutkavé a suicidální myšlenky, nezvyklé smyslové prožitky, pocity, pronásledování či ovládání neguje.

6.4.3 Stav při přijetí

Status preasens psychicus

Vigilní, lucidní, spolupracující, plně orientovaná, PM tempo v normě, lehký neklid, nálada pokleslá, emotivita intermitentně nepřiléhavá, zvýšená emotivní dráždivost, hypoprosexie, hypobulie, přítomna zvýšená únavnost, pocit tělesné slabosti, restriktce, stav s hubnutím, omezení zájmů, opakované myšlenky na jídlo, poslední 2 dny disssomie, obavy z budoucnosti, vomitus po jídle bez abuzu laxativ a diuretik, abusus přejídání, lehká porucha abstrakce bez bludů či halucinací.

Status preasens somaticus

Výživa nedostatečná, ragády a eroze v oblasti úst a nosu, řezáky deformovány opakovaným zvracením, svalová atrofie, sekundární amenorhea, kardiopulmonálně kompenzovaná, neurologicky bez ložiskové symptomatologie, bez meningeálního dráždění

6.4.4 Průběh hospitalizace

4. 11. 2008

Byla pacientka přijata na psychiatrickou kliniku. Nepřicházela do nového, protože zde již byla už několikrát hospitalizovaná. Její aktuální váha byla 39 kg, TK 110/88 a P 92. Přicházela se slovy „chtěla bych mít zdravou váhu kolem 50-52 kg a chtěla bych zde přibrat tak 6 kg“.

Před nástupem do nemocnice zhubla zhruba 5 kg „přestalo mi chutnat“.

Počátek potíží začal kolem 13 a 14 let, kdy chtěla vypadat jako její sestra, která byla o něco hubenější. Když jí bylo 15 let, zasáhla jí smrt babičky. Do léčby se dostala poprvé asi o 2 roky později.

TH při příjmu:

- Aktiferin tbl. 0-1-0
- Espumissan tbl. 0-2-0
- Essentials tbl. 2-2-2

- Esprital 45 mg tbl 1-0-0
- Fantoval + Protifar 2x3 odměrky denně

5. 11. 2008

Zařazena do komunity a ráno autogenní trénink. Zhodnocení psychického a somatického stavu .

Kalium-1,9 mmol/l- nepochybně alkoholová hepatopathie.

Příjem potravy: od dimisse na JIPP nejprve jedla alespoň ráno a v poledne, nezvracela, poslední týden ale již přestala jíst a pokud se najedla, zvracela.

Motivace k léčbě: pod vlivem již vážného somatického ohrožení snad i ano. Chce se léčit kvůli své hmotnosti a zdraví, ale ne , že pokud se uzdraví, tak jí manžel opustí-nyní je sní prý jen kvůli tomu, že je nemocná.

6. 11. 2008

Pacientka seznámena s výsledky biochemického odběru, některé odběry iontů neslučitelné se životem, například Kalium-1,6mol/l, dále známky selhávání jater (bilirubin 67,6umol/l a GGT 18,24 ukat/l). Dále provedeno CT mozku, EEG a kostní denzitometrie.

Pacientka tvrdí, že od dimisse z JIIP plně abstínuje, navíc objektivní známky alkoholové polyneuropathie- pacientka se sotva udrží na nohou, spolupodíl má i celková slabost.

I přes seznámení pacientky se závažností stavu tato nejprve překlad na JIPP odmítá, poté ale slíbení, že se vrátí zpět na oddělení 24, a ta překlad akceptuje.

24.11.2008

Po zhodnocení stavu pacientky, po stabilizaci vnitřního prostředí překlad pacientky zpět na odd. 24. Odpady nyní v normě, zůstávají stále vyšší JT (ale oproti přijetí na od 24 před 3 týdny již výrazněji upraveny).

Příjem potravy na JIPP cca vždy polovina porcí, ale i příjem pomocí sondy a infuzí. Váhový nárůst cca 5 kg. Pacientka jeví opět spíše formální motivaci k další léčbě, k dalšímu váhovému přírůstku.

Bude ale zázrak, zůstane-li za pobytu na odd. 24, při zapojení do veškerého režimu, váha stávající. Nálada pacientky je mírně úzkostná, somaticky se ale již cítí lépe.

Pacientka byla edukována, za jakých podmínek lze setrvat na tomto oddělení až do předvánočního období. Podmínky akceptuje. Byla klidná, spolupracující. Dnes měla dotazy na propustku na víkend, ale o to se rozhodne, až dle somatického stavu pacientky.

TH:

- Supradine tbl. 1-0-0
- Selzink tbl. 1-0-0

25. 11. 2008

Pacientka dneska přichází poprvé do skupiny. Zpočátku panovala poměrně dusná atmosféra, rozčarování z neúspěšně vnímané léčby. Zpočátku spíše všechny mlčky prohlížela očima, posléze stručně popisuje poměry v rodině. Sestra je již v podnájmu mimo domov, matka jí vypomáhá. Matka nadměrně konzumuje alkohol. Jmenuje ji jako „proradnou kočku“ a podle ní se věnuje více sestře, než jí, závidí. „Otec je mimo rodinné dění, věnuje se sobě a svým zájmům, ve vinohradě, ve sklepě a alkohol v jeho případě není problém“ tvrdí pacientka. „Manžel je rodičům blíže než já.“

PT pohovor:

Odmítá jíst, bojí se, že přibere. Pacientka konfrontována s nutností dodržování režimu nebo opuštění oddělení.

Imaginace- motiv květiny- představuje si narcis v zasněžené zahradě, svítí slunce, má příjemné pocity. Vzpomíná následně na událost, kdy donesla matce narcis ze zahrádky a ona na to nereagovala. Následně byla celá situace probrána, z jakého důvodu asi matka nereagovala, kde byl asi problém.

26. 11. 2008

Dnes ve skupinové terapii se rozebíralo sebepoškozování, kdy měla každá říci jaké s tím má zkušenosti. Má pacientka se vyjádřila ohledně tématu tak, že s tím má vlastní zkušenosti. „Jednou, když jsem se přejedla a podívala jsem se na sebe, psychicky jsem to nevydržela a chtěla jsem si podřezat žíly, umřít. Ale oni mě zachránili, byla jsem ráda.“

28. 11. 2008

Pacientka přináší na skupinovou terapii obrázek z poslední imaginace, narcis ve sněhu pod domem. Nakreslila své tělo, uvědomila si, že vůbec nemyslela na to, jak vypadá.

Mluví dále jen o víkendu, neplánuje propustku, znechutilo ji, jak jí rodiče dali najevo, že o ni vůbec nestojí. „Ani na den tam nepojedu, chci raději zůstat tady a udělat něco se svým jídlem.“ Uvědomila si, že je na tom momentálně za celou dobu hospitalizace nejlépe a ujišťuje se ve svých představách jíst 5x denně (dosud nedělala). Pacientka popisuje, jak si včera vzala jednu sušenku, dnes se odhodlala vypít multidrink. Povzbuzena.

1. 12. 2008

Dneškem začala má 3- týdenní praxe. Seznámila jsem se s oddělením, s personálem a pacienty. Při příchodu na mě byly velice milý a rádi mě ochotně se vším pomohli a poradili.

Než jsem přišla do kontaktu s pacientkami s PPP řádně jsem si nastudovala jejich průběh onemocnění, průběh léčby a následně jsem si vybrala jednu, o které je má kasuistika.

Byla jsem velmi ráda, že mi bylo dovoleno jít na skupinové sezení pro pacientky s PPP hned první den, kde jsem měla možnost přijít se všemi do kontaktu.

Dneska přichází pacientka na PT pohovor s tím, že má nateklé nohy a nevejde se ani do tenisek. Otoky související s hypoproteinemií, nutnost navýšit příjem stravy, který je pět nedostačující, navíc bílkovinné složky stravy, které jsou minimalizované příjmem masa a sýrů. Pacientka informována co a jak, odeslána k dietní setře k předpisu bílkovinných přípravků. Kromě Protifarů ještě navíc Resource protein alespoň 1x denně.

Pacientka vše slovně akceptovala, příští dny ukáží, myslí-li to vážně.

2. 12. 2008

Ve skupinové terapii hovoří pacientka hlavně o tom, že si je nejistá ve vztahu s manželem. Už s ním 4 dny nemluvila, na návštěvu za ní přijeli jen rodiče. Matka do ní celou dobu údajně „hustila“, aby jedla. Rodiče byly spokojeni, že vypadá lépe, než jak jsou na ni zvyklí. Manžel prý údajně o víkendu pracoval.

Pacientka nakonec pronesla větu „bojím se, že přát si něco, znamená být zklamaná neúspěchem.“

3. 12. 2008

Na dnešní skupinové terapii mají za úkol se zamyslet nad tím, jak vypadal jejich obyčejný den a jak by chtěli, aby vypadal nadále a co změnily.

Má pacientka se chvíli zamyslela a nakonec popisovala jednu důležitou věc, a to, že je nutno, aby se nasnídala ještě před tím, než jde kouřit, protože po kouření s jistotou ví, že už by se nenajedla. S tím by ráda na sobě zapracovala a změnila to, protože to tak opravdu podle ní každý den je.

4. 12. 2008

Dneska si pacientka domluvila propustku na víkend z rodinných důvodů, přijede pro ni manžel. Propustka byla povolena. Za týden pobytu na odd. 24 zhubla 30 dkg, což není mnoho vzhledem ke změně režimu, nicméně rezervy v příjmu potravy stále veliké, hlavně trvá nedostatek bílkovin, přetrvávají otoky DK- poučena. Vzhledem k exematózním projevům v oblasti obličeje odeslána na kožní vyšetření.

9. 12. 2008

Pacientka za týden zhubla více jak 1,5 kg, navíc přetrvávající hypoproteinemické otoky DKK. Včera skoro nejedla, dnes minimálně. Po konzultaci nasazeny vaky s bílkovinami. Na JIPP ale není místo, proto zatím alespoň Resource protein 3x denně a Protifar 3-4-3 odměrky. Do dimise , která má být příští týden, nutno udělat kontrolně odpady v moči 24/hod a teprve dle nich eventuelně definitivní dimise.

Na skupině se pacientka vyjádřila, že je moc zklamaná, že opět zhubla. „Mám pocit, že jím od rána do večera, ale asi je to pořád málo.“

10. 12. 2008

Pacientka se hlásí o PT rozhovor. Hovoří o zhubnutí tento týden, byla tím překvapena, zaskočena, očekávala nárůst váhy. Proklamuje snahu o navýšení příjmu potravy. Na víkend domů nechce. Rozvíjí svá přání a plány do budoucna, těší se na manžela, chtěla by se opět zapojit do normálního života, pracovat jako servírka, dostavět s manželem dům a normálně žít. Vzpomíná, jak ráda lyžovala, byla s manželem na dovolené u moře.

11. 12. 2008

Na skupinové terapii rozebírají téma imaginace vlastního pokoje

Na PT rozhovoru rozebírána situace, kdy byla pacientka přistihnuta v přízemí ve dveřích záchodu, popírá že by zvracela, měla prý průjem, ale před tím údajně nebyla 4 dny na záchodě. Projímadla nabere.

Na víkend zůstává na oddělení, začíná uvažovat o odchodu domů, ale bojí se kontaktu s matkou, bude jí prý údajně, jak říká pacientka „mluvit do jídla“.

15. 12. 2008

Pacientka přicházela o berlích. Následně jsem se dozvěděla, že si udělala distorzi kotníku o víkendu, kdy byla vyšetřena na úrazové chirurgii. Bolestivost přetrvává, dle potřeby podán Coxtral. Ze strany jídla pořád bída, ani ne poloviny porcí, bílkoviny v běžné stravě stále minimální, otoky DKK stále trvají, i když dle pacientky subjektivně menší. Ráda by domů co nejdříve, ale nepovolují dimisi až dle výsledků odpadů a posouzení stavu.

16. 12. 2008

Skupinová terapie celkem špatná, všichni bez nálady, nikomu se nechtělo moc mluvit, snažili se hovořit o odchodlání jíst po propuštění domů.

17. 12. 2008

Pacientka byla pozvána k pohovoru, protože bylo zjištěno, že při odběru moči pacientkám, byly schválně prohozené dva vzorky moči. Na to pacientka odpověděla, že to bylo chvilkový selhání „, protože se bála, že bude mít špatné výsledky a nebude moc jít na Vánoce domů“. Je přesvědčená, že kdyby se uzdravila, manžel by byl šťastný, vůbec si nepřipouští možnost, že s ní nyní zůstává, protože mu je blbý, ji opustit takto v nemocnici. Že by její uzdravení s sebou neslo možnost rozpadu manželství si nemyslí.

18. 12. 2008

Dnes se pacientka musí rozhodnout, zda se cítí na odchod domů. Probíhalo poslední skupinové sezení s pacientkami s PPP, kdy si mezi sebou říkali názory, zda si myslí, kdo by jít domů mohl a kdo ne. Každá z pacientek měla před sebou vidinu vánočních svátků, proto jak jsem čekala, krom jedné z pacientek, všechny tvrdili , že to již určitě doma zvládnou.

19. 12. 2008

Tohoto dne všichni pacienti odcházeli na propustku před Vánocemi domů s tím, že oddělení se na Vánoční svátky uzavírá. Pacienti ve špatném stavu se překládali na oddělení PK JIIP, zbytek propouštěl domů. Ovšem všichni pacienti měli možnost se po vánočních svátcích vrátit zpět na toto oddělení, tj. oddělení PK 24., pokud uznali sami za vhodné, že by péči oddělení ještě potřebovali.

Pacientka, o které je má kasuistika, se rozhodla jít domů. Její zdravotní stav potvrdili lékaři jako vhodný k odchodu, ale s tím, že pacientka na sobě musí stále hodně pracovat. Má samozřejmě jako ostatní možnost se svátcích vrátit zpátky, pokud by měla pocit, že péči tohoto oddělení stále potřebuje.

Ráda bych věřila tomu, že vše pacientka zvládne a že všechny plány o kterých mluvila se jí vyplní a s manželem vše zvládnou. Ale myslím si, že je to vše jen o vůli pacientky. Jelikož znám celý průběh onemocnění, myslím si, že s touto problematikou bude ještě hodně bojovat. Bojím se, že se dostala do začarovaného kruhu a nezvládá najít cestu ven.

Vím, že tato problematika je velice složitá, a málo kdo se s ní dobře vyrovná a zvládne ji bez jakýchkoliv dalších obtíží. Právě na tomto stojí i můj názor ohledně mé pacientky, kdy její cesta ven bude ještě dlouhá a buh ví, jestli někdy skončí alespoň trochu kladně.

Na závěr bych chtěla dodat, že všichni pacienti se s námi loučili naučenou písni a každý člen personálu dostal jako dárek na rozloučenou malou čokoládu zabalenou do mašličky s poděkováním. Můžu říct, že jsem to vůbec nečekala a velmi mile mne to překvapilo.

6.5 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie

DEFINOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY (NANDA II. + čísla)	
Doména č. 1 PODPORA ZDRAVÍ Třída: Management zdraví	00078- neefektivní léčebný režim
Doména č. 2 VÝŽIVA Třída : Přijímání potravy	00002- nedostatečná výživa
Doména č.2 VÝŽIVA Třída: Hydratace	00028- riziko deficitu tělesných tekutin
Doména č. 5 VNÍMÁNÍ-POZNÁVÁNÍ Třída: Poznávání	00130- porušené myšlení
Doména č.6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA Třída: Tělesný obraz	00118- porušený obraz těla
Doména č. 7 VZTAHY Třída:Rodinné vztahy	00060- přerušovaný život rodiny
Doména č. 9 Zvládání zátěže odolnost vůči stresu Třída – Reakce na zvládání zátěže	00148- strach

1. Doména: PODPORA ZDRAVÍ

Třída: MANAGEMENT ZDRAVÍ

Diagnóza: Neefektivní léčebný režim- 00078

Cíl: Zapojit se do řešení problémů, které brání začlenění léčebného režimu

Určující znaky

- K neredukuje rizikové faktory progresu onemocnění a jeho následky
- Ke splnění léčebných cílů volí neúčelné činnosti

Související faktory:

- Jakékoliv překážky bránící dodržování léčebného režimu
- Konflikt v rodině
- Konflikt v rozhodování

Intervence:

- Zjistí, jak je pacientka obeznámena se stavem a nároky léčby
- Zjistí, jak pacientka vnímá přizpůsobení léčbě/očekávaným změnám
- Podporuj pacientku v rozhodování a aktivní účasti na plánování a realizaci dalších úkolů/povinností

2. Doména: VÝŽIVA

Třída: PŘIJÍMÁNÍ POTRAVY

Diagnóza: Nedostatečná výživa- 00002

Cíl: Dosáhnout požadovaného přírůstku na váze

Určující znaky:

- Denní příjem potravy menší než příjem doporučený
- Soor- zánět ústní dutiny
- Slabý svalový tonus
- Průjem a /nebo steatorrea

- Pacientka si stěžuje na pocit plnosti ihned po prvních soustech
- Averze k jídlu

Související faktory:

- neschopnost požit nebo strávit potravu z:
 - Biologických, psychogenních nebo ekonomických důvodů

Intervence:

- Přistupuj k pacientce ohleduplně a laskavě a pobízej ji ke spolupráci
- Urči denní příjem
- Požádej pacientku o vedení deníku příjmu včetně způsobu a doby jídla, aby byly zřejmé změny stravovacích návyků, které bude třeba udělat
- Proveďte úpravu léčby dle indikace
- Umožni pacientce výběr jídla dle vlastní chuti
- Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin
- Važ pacientku jednou týdně a sleduj vývoj tělesné hmotnosti

2. Doména: VÝŽIVA

Třída: HYDRATAČE

Diagnóza: Riziko deficitu tělesných tekutin- 00028

Cíl: Chovat se tak, aby nedošlo ke snížení objemu tělesných tekutin

Rizikové faktory:

- Stavby ovlivňující potřebu tekutin
- Medikace (např. diuretika)
- Zvýšené ztráty tekutin přirozenými cestami(např. zvracením, průjmy)

Intervence:

- Pobízej pacientku k pití, aby byl příjem tekutin co nejvyšší
- Dle indikace podávej náhradní tekutiny (nitrožilně, sondou)

- Sleduj rovnováhu mezi příjmem a výdejem
- Pacientku pravidelně važ
- Posuzuj kožní turgor, stav sliznice
- Prohlížej laboratorní výsledky a podávej léky (např. antiemetika a léky proti průjmům)

Doména č. 5 VNÍMÁNÍ-POZNÁVÁNÍ

Třída: Poznávání

Diagnóza: Porušené myšlení- 00130

Cíl: Rozpoznat změny chování/myšlení

Určující znaky:

- Těkavost, nesoustředěnost
- Vztahovačnost
- Nepřiměřené společenské chování
- Kognitivní nesoulad (disonance)

Související faktory:

- Změna prostředí
- Psychologické konflikty, emoční změny
- Malnutrice
- Základní onemocnění

Intervence:

- Posuď příjem potravy/ nutriční stav
- Zhodnot' duševní stav pacientky, zejména rozsah poruchy myšlení
- Posuď výskyt paranoidních projevů, bludů a halucinací
- Sleduj, zda se neobjevuje chování, které může ukazovat na riziko násilí, popř. proveď potřebná opatření

- Sestav denní rozvrh, v němž se střídá aktivita s obdobím odpočinku
- Doporuč vhodnou rehabilitaci (např. kognitivní program, psychologické poradenství,..)

6. Doména: VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Třída: TĚLESNÝ OBRAZ

Diagnóza: Porušený tělesný obraz - 00118

Cíl: Akceptování sebe sama v dané situaci (např. hmotnost vlastního těla)

Určující znaky:

- K sděluje roztrpčení ze svého zevnějšku, struktury nebo funkce těla
- K sděluje, že vnímá změnu svého zevnějšku, strukturu nebo funkci těla
- K se vyhýbá sledování svého těla, nebo přiznání si změny

Subjektivní určující znaky:

- K odpírá personálu ověřit změny (na těle nebo jeho části)
- K má negativní pocity z vlastního těla
- K se obává z odmítnutí lidmi, nebo má strach z jejich reakce

Související faktory:

- Psychogenní
- Onemocnění

Intervence:

- Posuď pacientky znalost situace a míru úzkosti
- Všimni si chování, které ukazuje násilné znepokojení tělem a jeho procesy
- Měj pacientku a její blízké k tomu, aby spolu hovořili o svých pocitech
- Zapoj pacientku do rozhodování a řešení problémů
- Doporuč vhodné podpůrné skupiny

Doména č. 7 VZTAHY

Třída: RODINNÉ VZTAHY

Diagnóza: Porušený život rodiny- 00060

Cíl: Projevit individuální zapojení do řešení problémů, spojených se vzniklou situací

Určující znaky:

- Změny v :
 - Síle rodinného svazku
 - Vzájemné podpoře
 - Citové vnímavosti a intimitě
 - Způsobech chování
 - Spoluúčasti na řešení problémů
 - Komunikaci
 - Spokojenosti s rodinou

- Člen rodiny se vyjadřuje o konfliktu v rodině
- Člen rodiny svým chováním produkuje stres

Související faktory:

- Proměna ve zdravotním stavu člena rodiny
- Nedostatečná formální nebo neformální spolupráce s komunitou
- Prohození rolí v rodině

Intervence:

- Povšimni si stavby rodiny: děti rodiče, muž
- Věnuj pozornost komunikaci v rodině
- Posud' chování členů rodiny

- Všimni si, zda jsou snahy o řešení problémů účelné nebo neefektivní
- Naslouchej výrazům bezmoci a zoufalství (např. „nevím si vůbec rady“)
- Dle potřeby poskytni informace slovem i písmem
- Pomoz rodině nalézt a podporuj použití těch způsobů zvládnání problémů a řešení úkolů, které se osvědčily jako úspěšné

9. Doména: ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE- ODOLNOST VŮČI STRESU

Třída: REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

Diagnóza: Strach- 00148

Cíl: Dojde ke zmírnění strachu

Určující znaky:

- Obecné:
 - Pacientka má zvýšenou tenzi (napětí)
 - Snížené sebehodnocení
- V oblasti chování:
 - Únikové nebo útočné chování
 - Impulzivita
- Tělesné:
 - Nechutenství , nauzea, zvracení
 - Průjmy
 - Vyčerpanost
 - Bledost, sucho v ústech

Související faktory:

- Odloučení od opory (partnera, blízkých,..)
- Podněty ze zevního prostředí

Intervence:

- Klientce zodpověz na všechny dotazy
- Nauč klientku relaxačním metodám
- Informuj klientku o léčebném režimu a nutnosti její spolupráce
- Pobízej klientku v komunikaci o svých obavách a strachu

6.6 Diskuse

Mentální anorexie je v dnešní době celkem běžné onemocnění. Mnoho mladých dívek chce být štíhlých, ale neumí si určit hranici svých možností. Nevěřila bych tomu, kdybych to neviděla na vlastní oči, během mé praxe. Mnoho lidí si vůbec neuvědomuje, jak by si měli svého zdraví vážit.

Pacienti většinou anorexii po dlouho dobu tají, a proto v podstatě odmítají i léčbu. Někdo takovým způsobem může řešit své osobní problémy, nebo problémy v rodině.

Za cíle v první části praktické části jsem si dala:

- 1) Zjistit a analyzovat způsob hospitalizace na daném oddělení
- 2) Zjistit jak pacientky s PPP přistupují k léčbě
- 3) Zjistit průběh onemocnění u dané pacientky .

Myslím si, že jsem všechny své zadané cíle splnila. V průběhu své praxe jsem měla možnost setkat se s danou problematikou poruch příjmu potravy a to jak s mentální anorexií, tak i s mentální bulimií. Viděla jsem jak příjmy na oddělení, tak odchody z oddělení domů, i překlady při zhoršení stavů na oddělení PK JIP. Bylo velice zajímavé sledovat dění na skupinových terapiích, a sledovat dění celého oddělení.

Než jsem nastoupila na praxi, nějakou představu o PPP jsem měla. Moc se o této problematice nemluví, proto jsem chtěla touto praxí zjistit více. Zajímalo mě jak probíhá hospitalizace na odděleních psychiatrie, jak pacientky přistupují k léčbě a nejvíce jsem zkoumala průběh onemocnění u dané pacientky.

Nejvíce mě překvapili změny v chování pacientek. Jeden den byly komunikativní, usměvavé, měli zájem a když jsem přišla druhý den, byl to pravý opak. Ve skupinové terapii nejevili zájem, byly bez nálady, nespolupracovali.

Co mne hodně zaujalo bylo to, když při stravování (při snídani, obědu i večeři) museli pacientky přinést ukázat co všechno snědli, a vše se poctivě zapisovalo.

Každý den na ranní službu přicházela sestřička, která vedla s pacientkami skupinovou psychoterapii, kde rozebírali své pocity, jak byly na propustky doma, co prožívali, někdy kreslili obrázky a následně si o nich vykládali, proč jej nakreslili, co tím chtěli říct a co vlastně

daný náčrt znamenal. Jednou měli nakreslit dům a jeho okolí, na dalším sezení kreslili květiny a právě tady mě zaujalo, kdy pacientka, o které je má kasuistika nakreslila jako první narcis a potom kaktus se slovy, že se tak cítí, že pychá a všechny od sebe tím odhání a proto ji nikdo nemá rád. Popisovala, že ví že je to špatné, ale neví co proti tomu dělat, že taková být nechce, ale cítí to tak.

Dále si mi líbilo, že každá z pacientek si vedla sešit, kde popisovali své myšlenky, svá přání a vedli rozhovor právě tady s touto zdravotní sestrou, která s nimi vedla skupinovou psychoterapii. Každé ráno ji sešit odevzdali, a ona jim během dne odepsala a sešity vrátila

To mi připadalo velice zajímavé a myslím si, že za to pacientky byly velice vděčné, protože vše mohli napsat a nemuseli mluvit. Více se zde otevřeli.

Jsem moc ráda, že jsem měla možnost být zde na praxi a získat nějaké zkušenosti s pacientkami s poruchami příjmu potravy.

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Cíle a hypotézy

1) **Cíl:** Zjistit, zda se vyskytuje syndrom vyhoření u sester pracujících na psychiatrickém oddělení, zabývajících se léčbou poruch příjmu potravy

Hypotéza 1) předpokládám, že se u většiny personálu syndrom vyhoření zatím neprojevil

Hypotéza 2) domnívám se, že většina personálu ví, jak syndromu vyhoření předejít

2) **Cíl:** Zjistit, zda se sestry na psychiatrickém oddělení setkávají s pacientkami s PPP

Hypotéza 3) předpokládám, že se sestry běžně setkávají na oddělení s pacientkami s PPP

Hypotéza 4) předpokládám, že pacientky s PPP jsou vděční za péči o ně.

3) **Cíl:** Zjistit, jakým způsobem nejvíce manipulují pacientky s personálem??

Hypotéza 5) předpokládám, že pacientky s personálem manipulují

Hypotéza 6) předpokládám, že nejvíce manipulují ohledně stravovacích návyků

7.2 Charakteristiky výzkumného vzorce

Ve druhé části praktické části mé bakalářské práce jsem si zvolila všeobecné zdravotní sestry. Oslovila jsem je v rámci své praxe na psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Bohunicích. Vybrala jsem si zdravotní sestry z oddělení 24, 21 a z oddělení JIIP, kde se setkávají právě s pacienty s PPP.

7.3 Metoda práce

V této části byla pro bakalářskou práci využita metoda dotazníku. Dotazník patří mezi kvalitativní metody. Nachází se v něm soubor otázek předem promyšlených. Výhodou dotazníku je získání mnoho informací od respondentů v krátkém čase. Obsahuje úvod, kterým seznámí respondenty s problematikou a ujistí je, že je zcela anonymní a bude využit pouze ke studijním účelům, druhá část obsahuje informace o respondentovi, třetí část už je samotný dotazník.

Dotazník obsahuje 20 položek a poslední kolonka je určená k připomínkám k dotazníku (viz příloha I.).

7.3.1 Formy položek v dotazníku

- 1) Uzavřené, dychotomické. Otázky č. 6, 7, 10, 11, 13, 14,15, 18,19
- 2) Uzavřené, polytomické- Otázky č. 1, 3, 4
- 3) Polouzavřené, polytomické- Otázka č. 2
- 4) Uzavřené, dichotomické, filtrační- Otázky č. 5, 8, 9, 12, 16,17
- 5) Otevřené- Otázka č. 20

7.4 Charakteristika položek

Položky v dotazníku lze rozdělit do 3 skupin. V první řadě dle cíle, pro který je položka určena, dále dle formy požadované odpovědi a v poslední řadě dle obsahu.

V mém dotazníku jsem nejvíce využila skupinu dle formy požadované odpovědi a to položky uzavřené dichotomické, kdy respondenti musí odpovědět buď ano nebo ne, dále uza-

vřené polytomické, kdy si respondent vybírá z nabídnutých odpovědí. Další využitý druh položky byl polozavřené, kdy je nabídka odpovědí i s odpovědí jiné, kdy respondent může dopsat jinou odpověď. Využita byla i možnost odpovědí uzavřených, dichotomických filtračních

7.5 Organizace šetření

Dotazník byl po schválení rozdán zdravotním sestřám na psychiatrické klinice ve FN v Bohunicích na odděleních 21, 24 a JIPP, kde měli zdravotní sestry zkušenosti s pacienty s PPP. Obsahoval 20 položek a byl vytištěn 40x. Dotazníkové šetření probíhalo v prosinci roku 2008. Návratnost dotazníků byla 100%.

7.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do tabulek absolutních a relativních četností.

Dle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti a na jejichž základě byly vytvořeny tabulky četnosti a grafy. Pro výpočet a konstrukci byl využit Microsoft Excel. Položky byly sestavny do tabulek, slovně popsány a potom graficky znázorněny.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

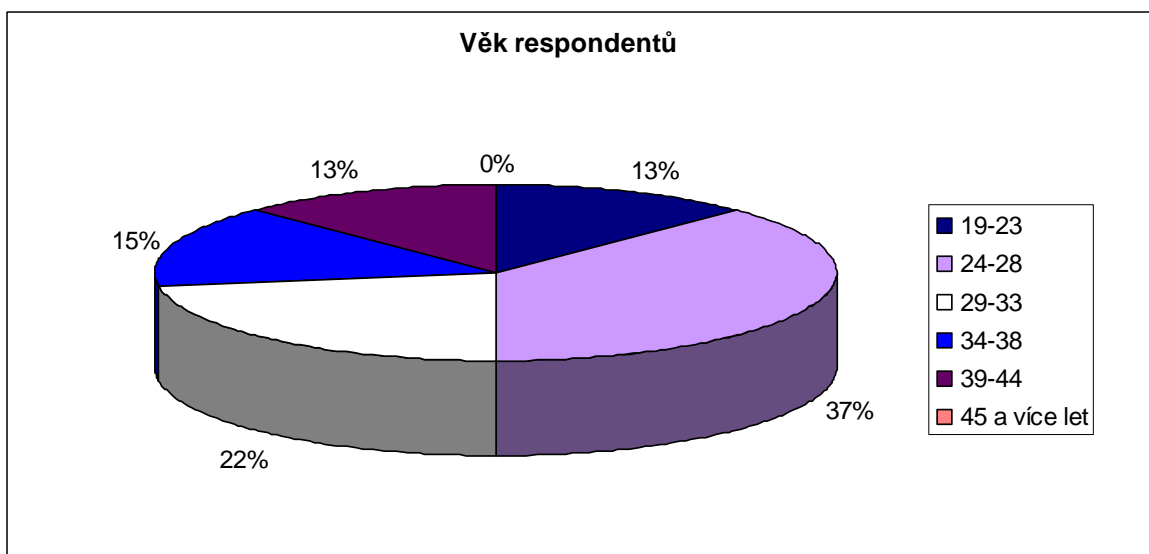
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1

Váš věk:

Tabulka č. 1 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
19-23	5	13
24-28	15	37
29-33	9	22
34-38	6	15
39-44	5	13
45 a více let	0	0
Celkem	40	100



Graf č. 1 Věk respondentů

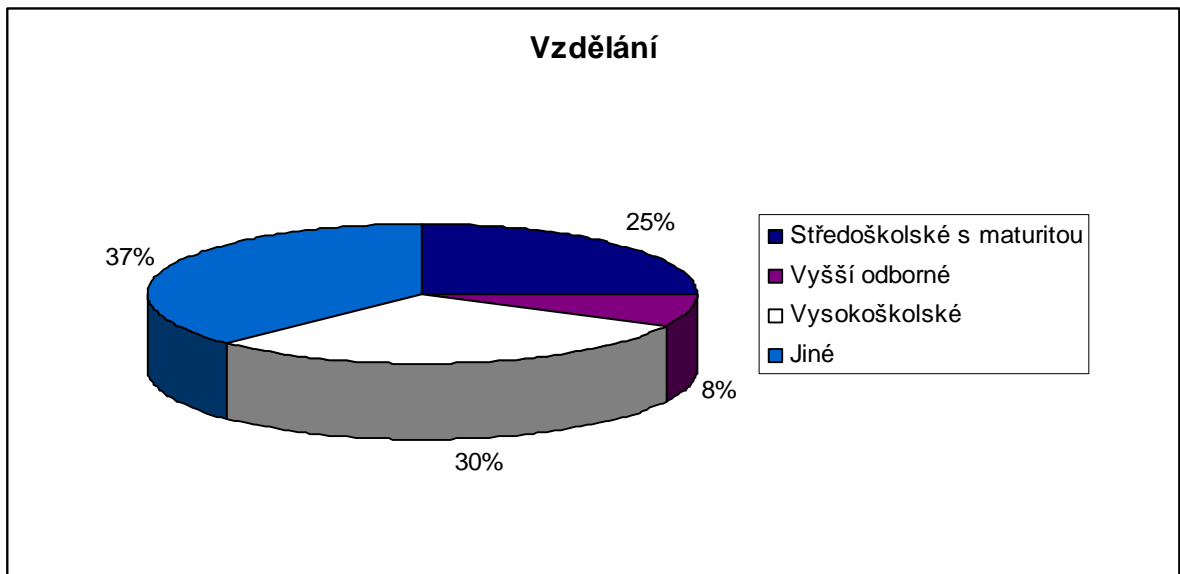
Z grafu č.1, kterým jsem zjišťovala věk respondentů, jsem zjistila, že nejvíce všeobecných sester pracujících na oddělení psychiatrie patří do kategorie 24-28 let (37 % respondentů), nad 45 let zde pracuje 0 % respondentů

Otázka č. 2

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka č. 2 Vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské s maturitou	10	25
Vyšší odborné	3	8
Vysokoškolské	12	30
Jiné	15	37
Celkem	40	100



Graf č. 2 Vzdělání respondentů

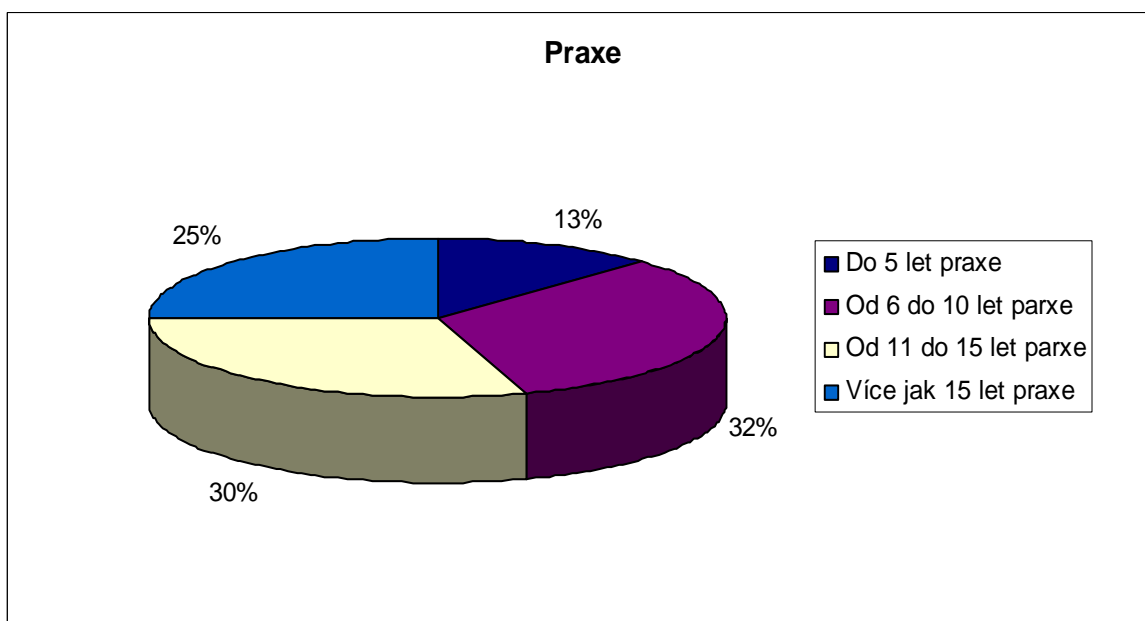
V otázce č. 2 jsem zjistila, že nejvíce respondentů, a to 15 (37%) vystudovalo Specializaci v oboru psychiatrie, 12 respondentů (30%) absolvovalo vysokoškolské studium, 10 respondentů (25%) vystudovalo střední zdravotnickou školu s maturitou a 3 respondenti (8%) mají vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 3

Jak dlouho pracujete v praxi jako zdravotní sestra:

Tabulka č. 3 Praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 let praxe	5	13
Od 6 do 10 let praxe	13	32
Od 11 do 15 let praxe	12	30
Více jak 15 let praxe	10	25
Celkem	40	100



Graf č. 3 Praxe

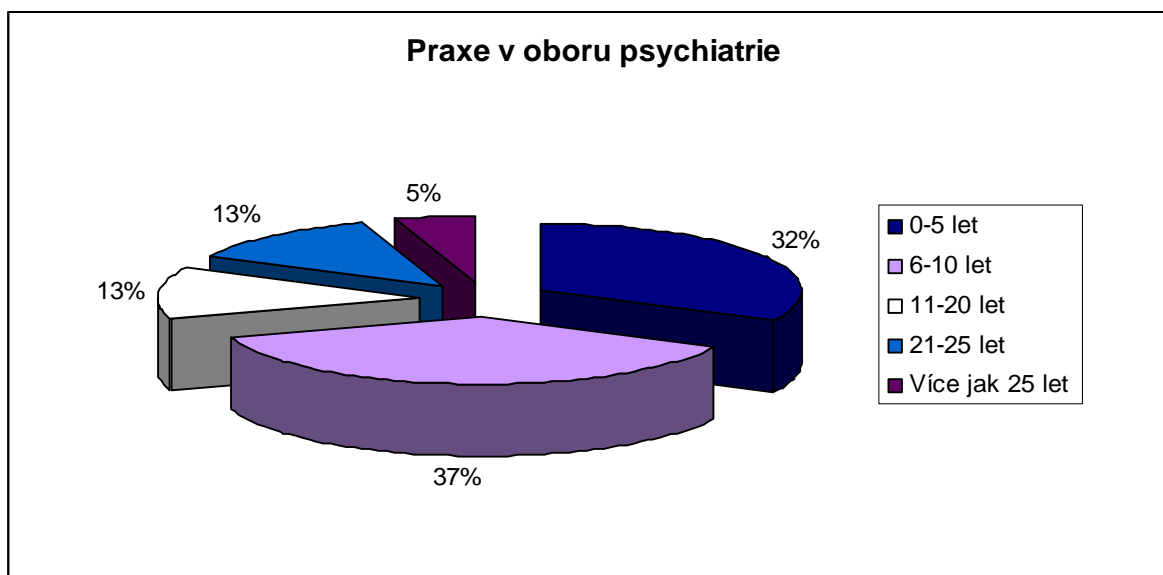
V otázce jak dlouho pracujete v praxi jako zdravotní sestra jsem zjistila, že nejvíce respondentů 13 (32%) mají praxi od 6 do 10 let, 12 respondentů (30%) mají praxi 11 až 15 let, více jak 15 let praxe mělo 10 respondentů (25%) a do 5 let praxe mělo 5 respondentů (13%).

Otázka č. 4

Vaše délka praxe v oboru psychiatrie:

Tabulka č. 4 Praxe v oboru psychiatrie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-5 let	13	32
6-10 let	15	37
11-20 let	5	13
21-25 let	5	13
Více jak 25 let	2	5
Celkem	40	100



Graf č. 4 Praxe v oboru psychiatrie

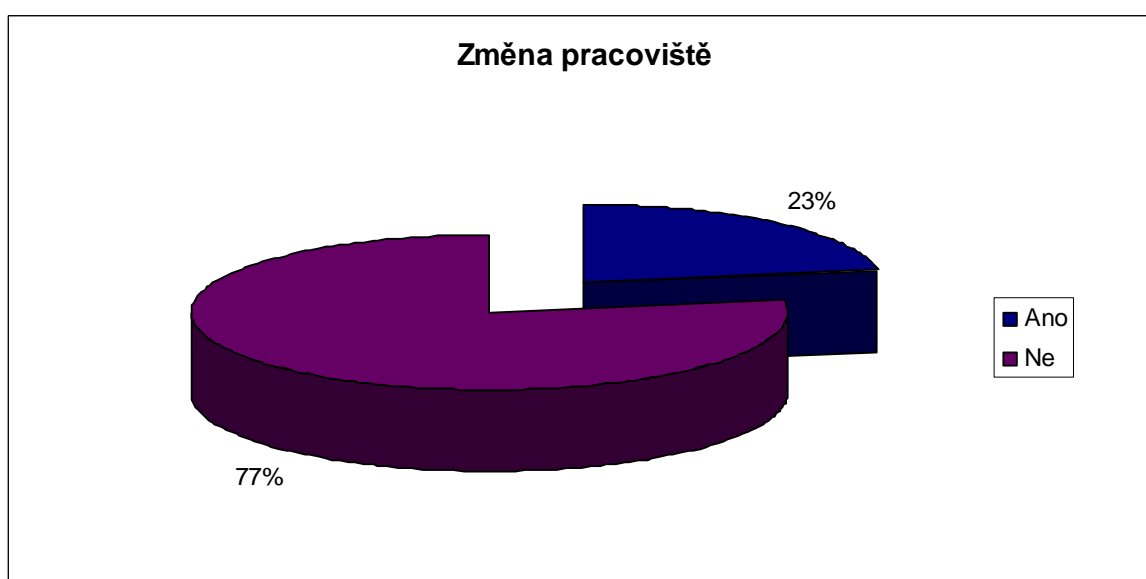
Z otázky č. 4 je patrné, že 15 respondentů (37%) mají na psychiatrii praxi 6-10 let, na druhém místě s praxí 0-5 let 13 respondentů (32%), na třetím místě je 5 respondentů (13%) s praxí 11-20 let, s praxí 21-25 let bylo opět 5 respondentů (13%) a 2 respondenti (5%) mají na psychiatrii praxi již více jak 25 let.

Otázka č. 5

Přemýšlela jste někdy o změně Vašeho pracoviště??

Tabulka č. 5 Změna pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	23
Ne	31	77
Celkem	40	100



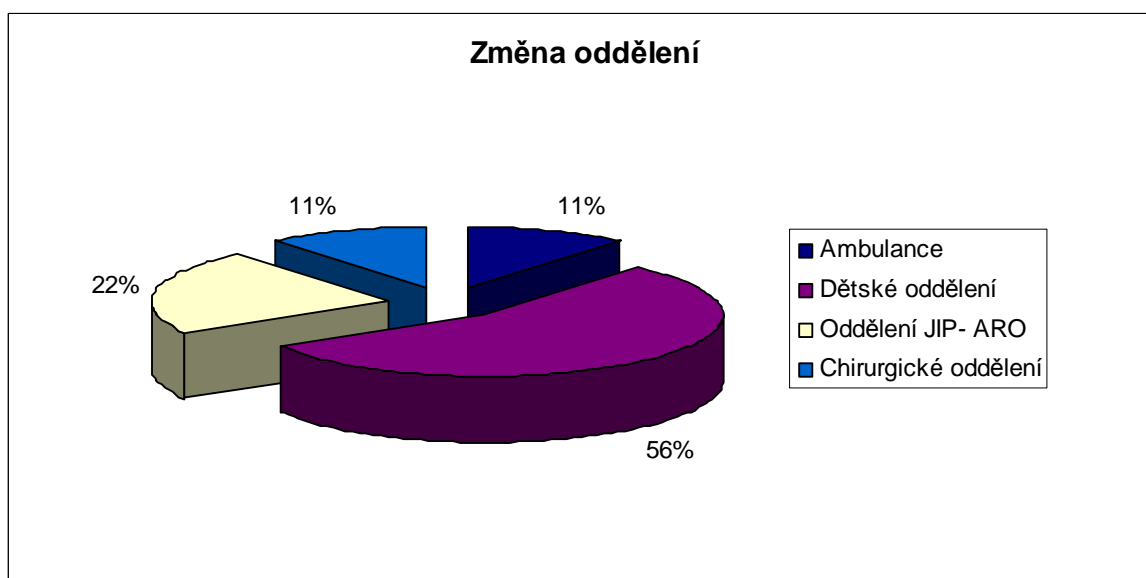
Graf č. 5 Změna pracoviště

Z grafu č. 5 je vidět, že 9 respondentů (23%) o změně pracoviště již přemýšlela a 31 respondentů (77%) zatím ne .

Pokud ano, napište na jaké oddělení:

Tabulka č. 6 Změna oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ambulance	1	11
Dětské oddělení	5	56
Oddělení JIP- ARO	2	22
Chirurgické oddělení	1	11
Celkem	9	100



Graf č. 6 Změna oddělení

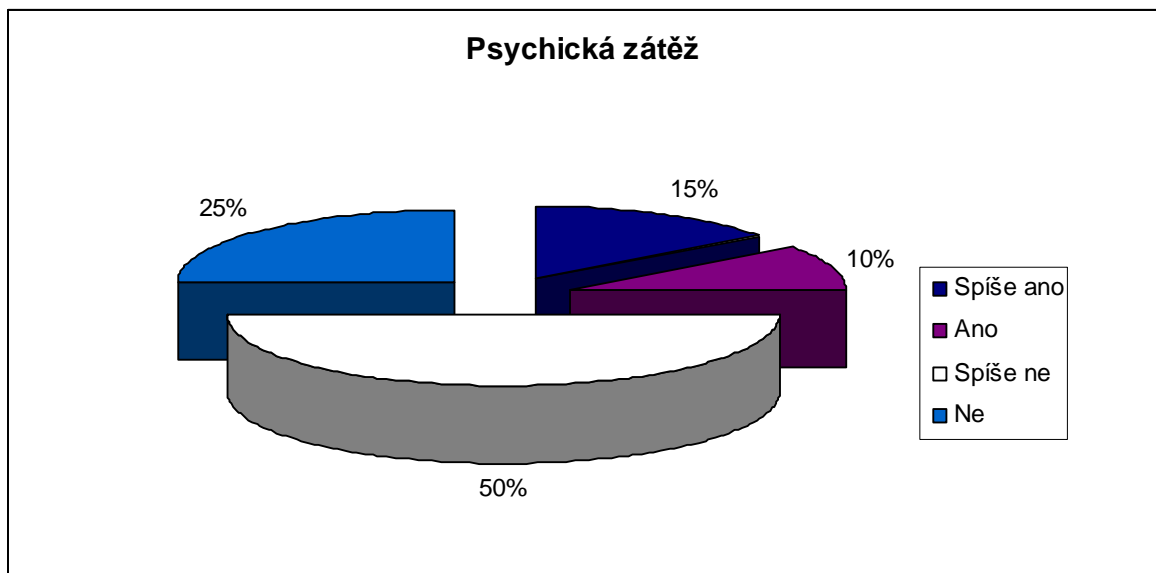
V podotázce na jakém jiném oddělení by rádi pracovali jsem se dozvěděla, že z 9 respondentů by rádo 5 respondentů (56%) pracovalo raději na dětském oddělení, 2 respondenti (22%) na oddělení ARO-JIP, 1 z respondentů (11%) na oddělení chirurgickém a 1 z respondentů (11%) by přešel na ambulanci.

Otázka č. 6

Pocítujete při své profesi nadměrnou psychickou zátěž??

Tabulka č. 7 Psychická zátěž

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	6	15
Ano	4	10
Spíše ne	20	50
Ne	10	25
Celkem	40	100



Graf č. 7 Psychická zátěž

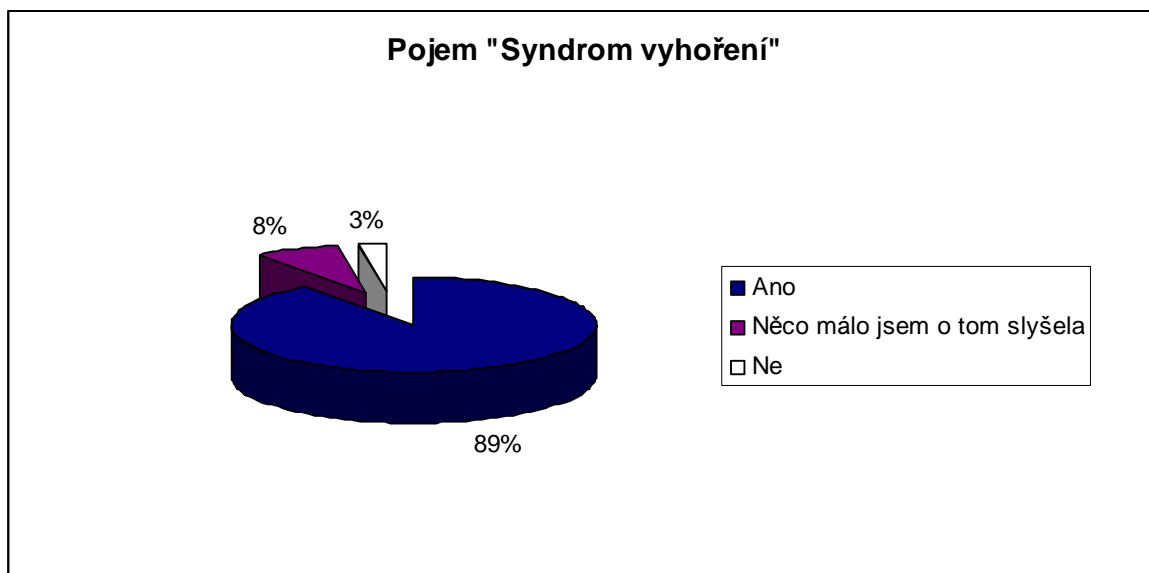
Na otázku, zda respondenti pocítují při své profesi nadměrnou psychickou zátěž, odpovědělo 6 respondentů (15%) že spíše ano, 4 respondenti (10%) že ano, 20 respondentů (50%) že spíše ne a posledních 10 respondentů (25%) že psychickou zátěž nepocítují.

Otázka č. 7

Setkala jste se někdy s pojmem Syndrom vyhoření???

Tabulka č. 8 Pojem „Syndrom vyhoření“

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	89
Něco málo jsem o tom slyšela	3	8
Ne	1	3
Celkem	40	100



Graf č. 8 Pojem „Syndrom vyhoření“

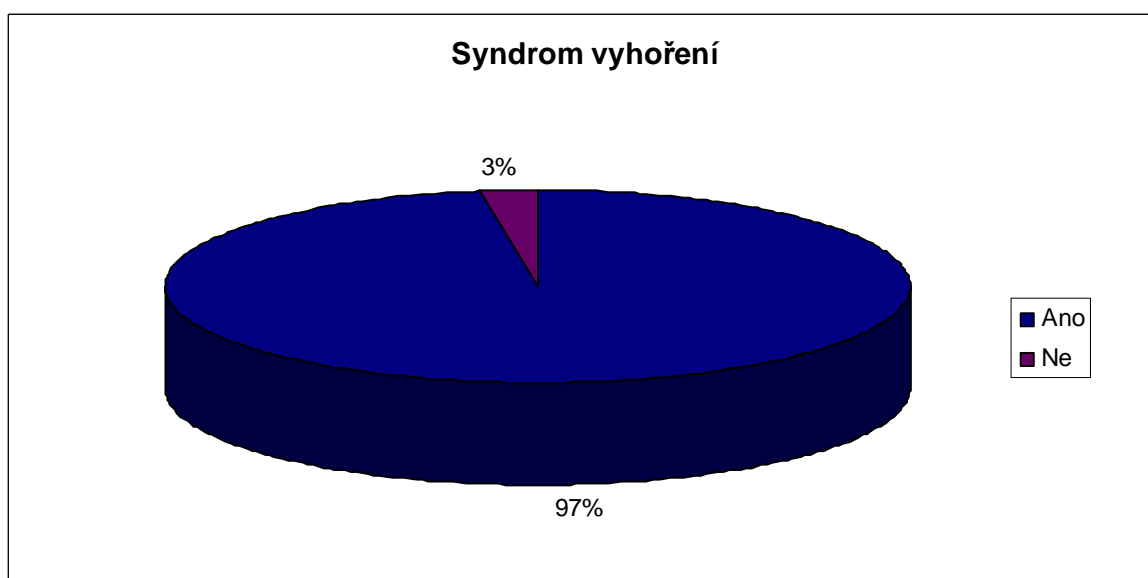
Odpovědi na otázku č. 7, zda se respondenti někdy setkali s pojmem syndrom vyhoření, mě nepřekvapily. 36 respondentů (89%) se s pojmem již setkali, 3 respondenti (8%) něco málo o pojmu slyšely a jen jeden respondent (3%) se s pojmem neseťkal.

Otázka č. 8

Víte co znamená syndrom vyhoření??

Tabulka č. 9 Syndrom vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	97
Ne	1	3
Celkem	40	100



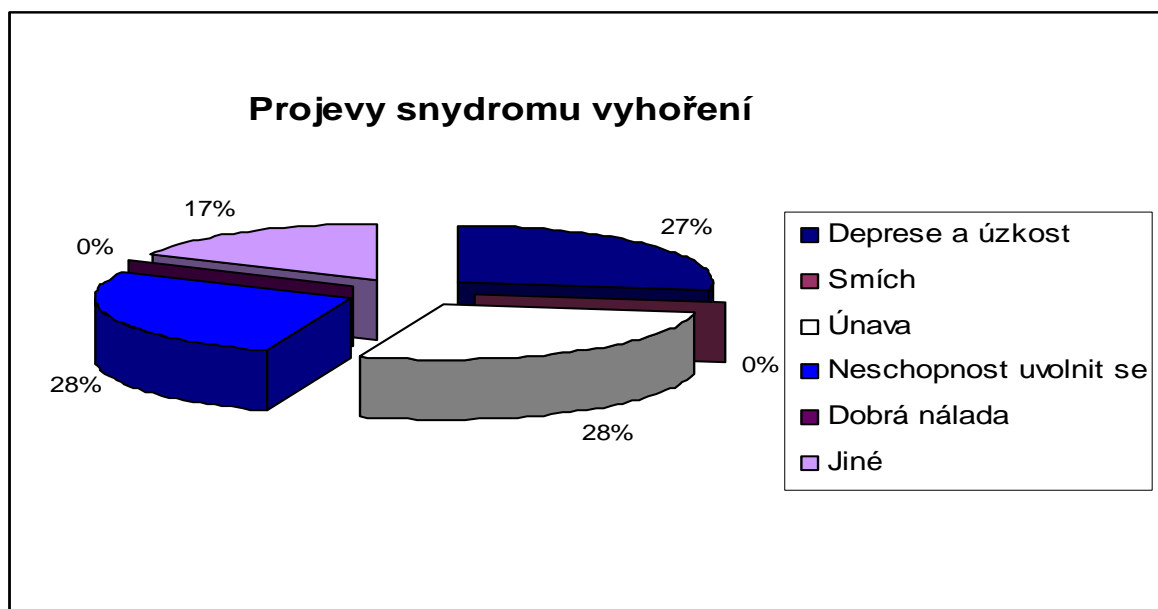
Graf č. 9 Syndrom vyhoření

Z tabulky a grafu č. 9 je patrné, že 39 respondentů, tj (97%) ví, co syndrom vyhoření znamená a pouze 1 respondent (3%) neví, co znamená.

Pokud ano, vyberte z možností, jak se projevuje

Tabulka č. 10 Projevy syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Deprese a úzkost	39	27
Smích	0	0
Únava	40	28
Neschopnost uvolnit se	40	28
Dobrá nálada	0	0
Jiné	25	17
Celkem	145	100



Graf č. 10 Projevy syndromu vyhoření

V podotázce č. 8 měli respondenti vybrat, jak se syndrom vyhoření projevuje.

39 respondentů (27%) zaškrtnulo odpověď deprese a úzkost, 40 respondentů (28%) zaškrtnulo odpovědi deprese a úzkost, únava a neschopnost uvolnit se.

Mezi odpovědi jiné respondenti volili odpovědi: alkohol, drogy, omezení kontaktu s pacienty, nebo např. konflikty v rodině

Otázka č. 9

Znáte příčiny vzniku syndromu vyhoření??

Tabulka č. 11 Znalost příčin vzniku syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	97
Ne	1	3
Celkem	40	100



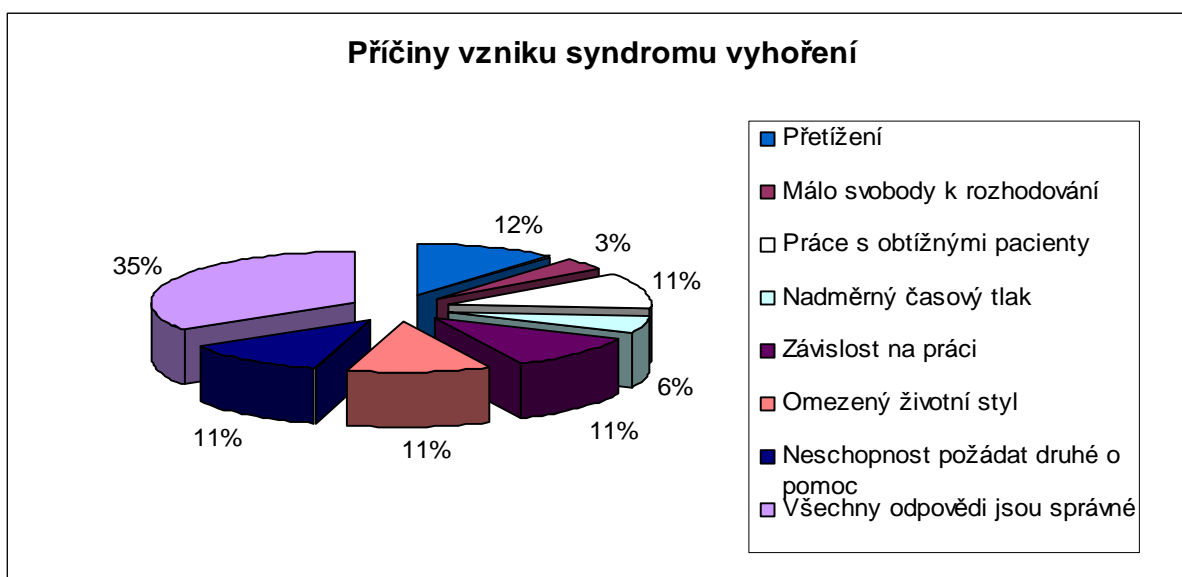
Graf č. 11 Znalost příčin vzniku syndromu vyhoření

V otázce, zda respondenti znají příčiny vzniku syndromu vyhoření, odpovědělo 39 respondentů (97%), že příčiny znají a opět pouze 1 respondent (3%) odpověděl, že příčiny vzniku syndromu vyhoření nezná.

Pokud ano, vyberte z možností jaké:

Tabulka č. 12 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přetížení	10	12
Málo svobody k rozhodování	3	3
Práce s obtížnými pacienty	10	11
Nadměrný časový tlak	5	6
Závislost na práci	10	11
Omezený životní styl	10	11
Neschopnost požádat druhé o pomoc	10	11
Všechny odpovědi jsou správné	30	35
Celkem	88	100



Graf č. 12 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

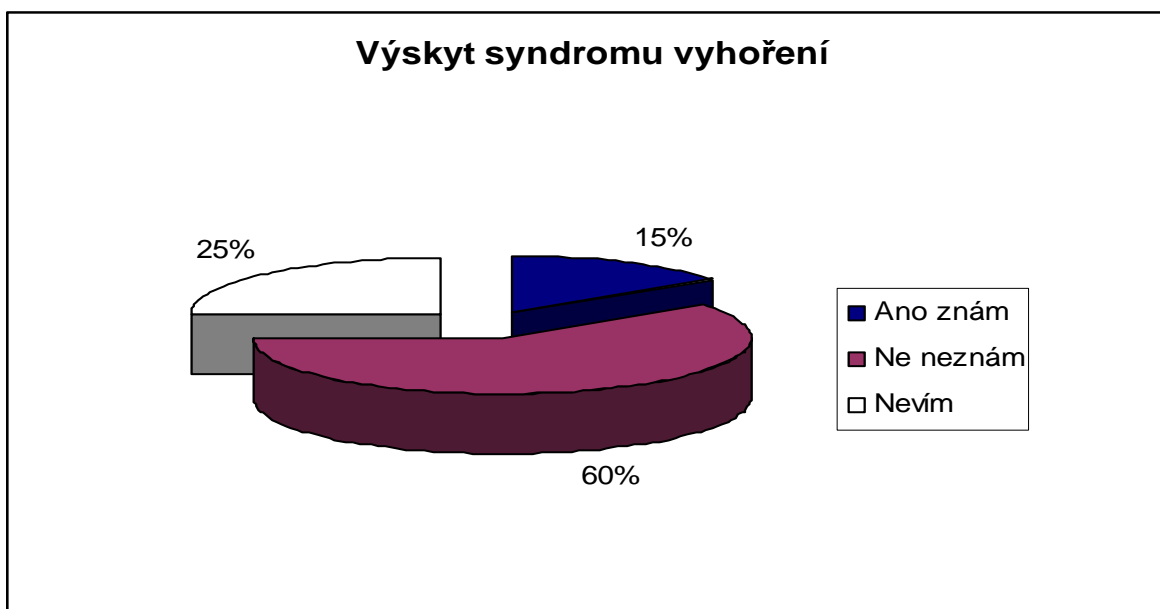
V tabulce a grafu č. 12 můžete vidět, jaké odpovědi respondenti volili, když měli vybrat z nabídnutých odpovědí, jaké jsou příčiny vzniku syndromu vyhoření. Nejvíce respondentů, a to 30 (35%) volilo odpověď, že všechny odpovědi jsou správné. Odpověď přetížení volilo celkem 10 respondentů (11%), stejný počet respondentů, tj. 10 (11%) volilo i odpověď práce s obtížnými pacienty, dále závislost na práci, omezený životní styl a neschopnost požádat druhé o pomoc. Pouze 5 respondentů (6%) volilo odpověď nadměrný časový tlak a 3 respondenti (3%) volili odpověď málo svobody k rozhodování

Otázka č. 10

Znáte někoho, u koho se syndrom vyhoření objevil??

Tabulka č.13 Výskyt syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano znám	6	15
Ne neznám	24	60
Nevím	10	25
Celkem	40	100



Graf č.13 Výskyt syndromu vyhoření

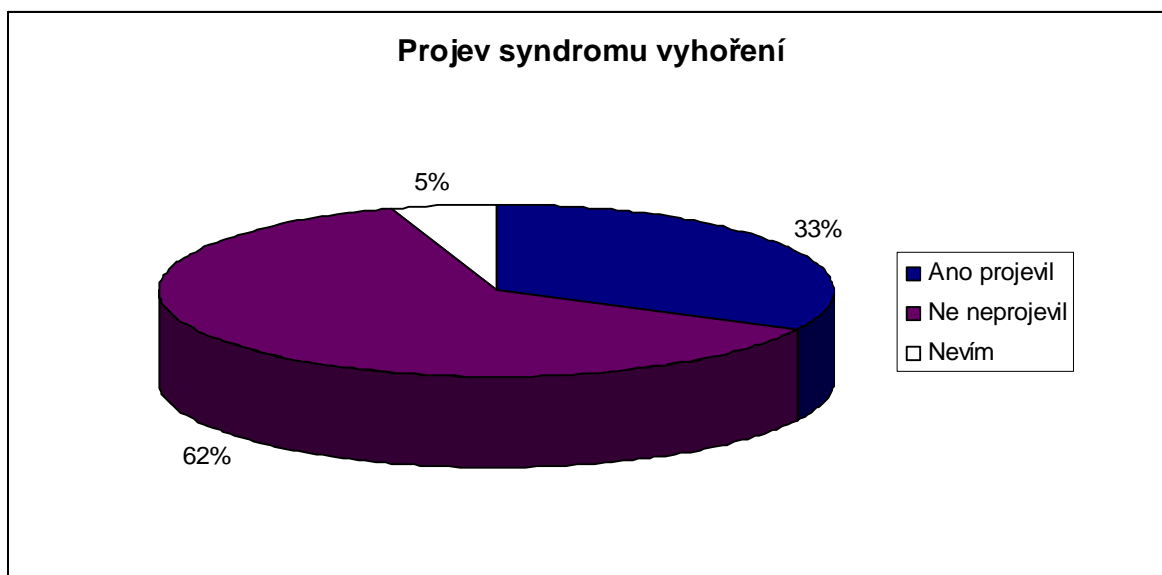
V otázce, zda respondenti znají někoho, u koho se syndrom vyhoření projevil, bylo nejvíce odpovědí, že neznají. Tuto odpověď uvedlo 24 respondentů, tj (60%). Na druhém místě byla odpověď že respondenti neví, zda někoho znají. Na tuto odpověď odpovědělo 10 respondentů (25%) a pouze 6 respondentů (15%) z celkového počtu znají někoho, u koho se syndrom vyhoření projevil.

Otázka č. 11

Myslíte si, že se už u Vás syndrom vyhoření projevil???

Tabulka č.14 Projev syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano projevil	13	33
Ne neprojevil	25	62
Nevím	2	5
Celkem	40	100



Graf č.14 Projevy syndromu vyhoření

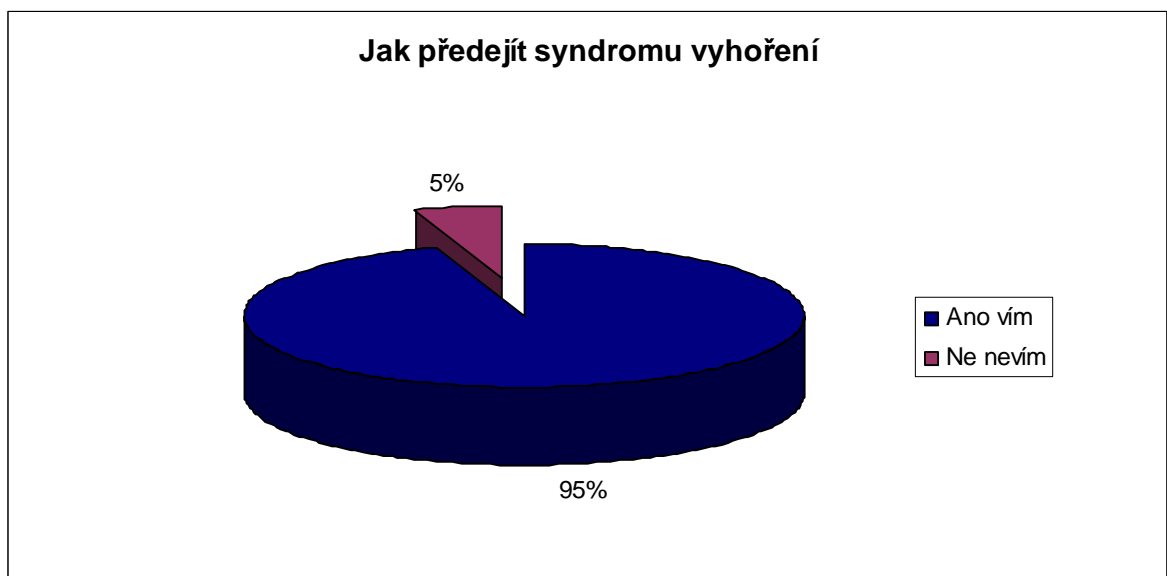
13 respondentů (33%) uvedlo, že se syndrom vyhoření již u nich projevil. U 25 respondentů (62%) se zatím neprojevil a 2 respondenti (5%) uvedlo, že neví, zda se již u nich projevil.

Otázka č. 12

Víte jak syndromu vyhoření předejít??

Tabulka č.15 Jak předejít syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano vím	38	95
Ne nevím	2	5
Celkem	40	100



Graf č.15 Jak předejít syndromu vyhoření

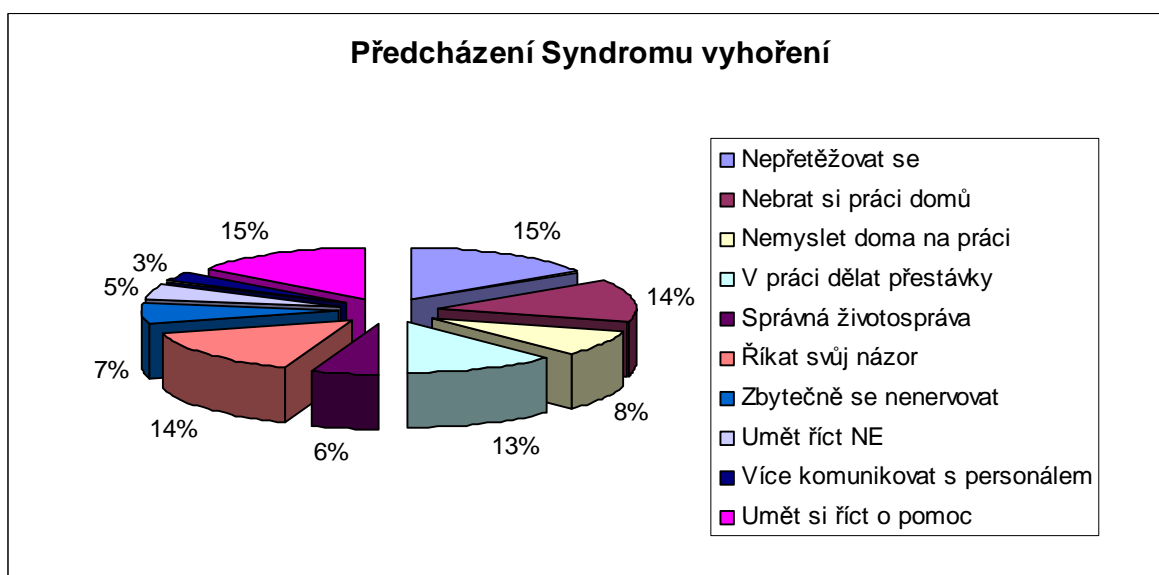
95% respondentů ví, jak syndromu vyhoření předejít a 5 % respondentů neví.

V tabulce a grafu č.16 bude uvedeno, jaké odpovědi 38 respondentů uvádělo v podotázce, jak předejít syndromu vyhoření.

Pokud ano, napište jak:

Tabulka č.16 Předcházení syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepřetěžovat se	14	15
Nebrat si práci domů	12	14
Nemyslet doma na práci	7	8
V práci dělat přestávky	11	13
Správná životospráva	5	6
Říkat svůj názor	13	14
Zbytečně se nenervovat	6	7
Umět říct NE	4	5
Více komunikovat s personálem	3	3
Umět si říct o pomoc	13	15
Celkem	88	100



Graf č.16 Předcházení syndromu vyhoření

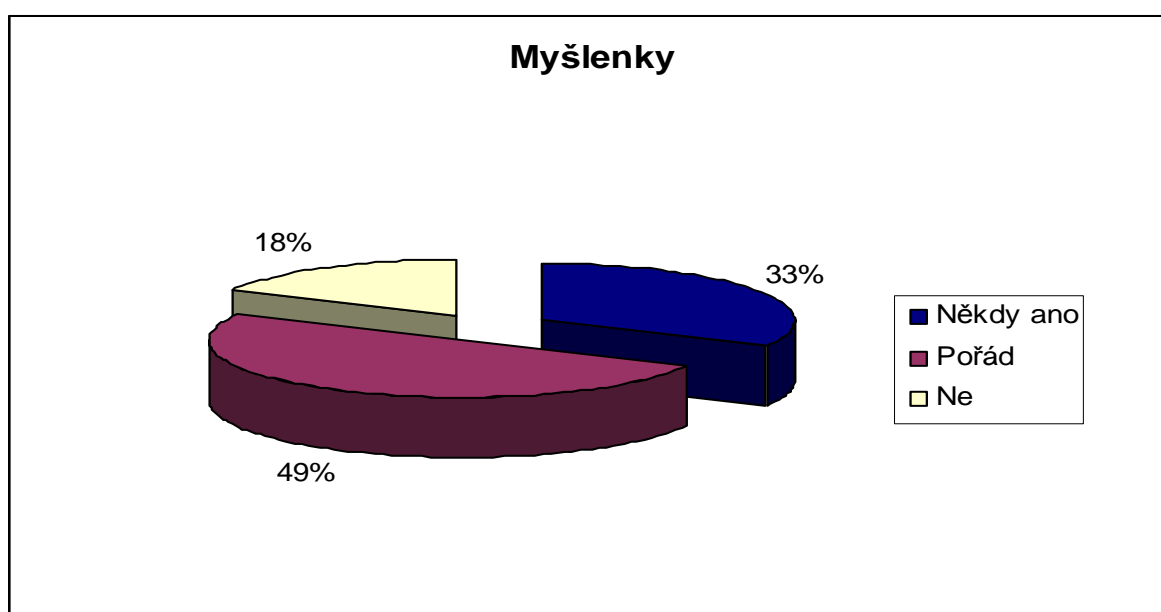
Respondenti měli celkem stejné nebo podobné odpovědi. U 14 (15%) respondentů byla odpověď nepřetěžovat se, u 12 (14%) respondentů nebrat si práci domů, u 7 (8%) respondentů nemyslet doma na práci, u 11 (13%) respondentů dělat v práci přestávky. 5 respondentů (6%) uvádělo správnou životosprávu, 13 respondentů (14%) říkat svůj názor, 6 respondentů (7%) zbytečně se nenervovat, 4 respondenti (5%) uváděli umět říkat ne, 3 respondenti (3%) více komunikovat s personálem a 13 respondentů (15%) uvedlo umět si říct o pomoc.

Otázka č. 13

Myslíte na práci i po návratu z práce domů??

Tabulka č.17 Myšlenky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Někdy ano	13	33
Pořád	20	49
Ne	7	18
Celkem	40	100



Graf č.17 Myšlenky

V otázce č. 13 mě zajímalo, zda respondenti po příchodu z práce domů myslí na práci.

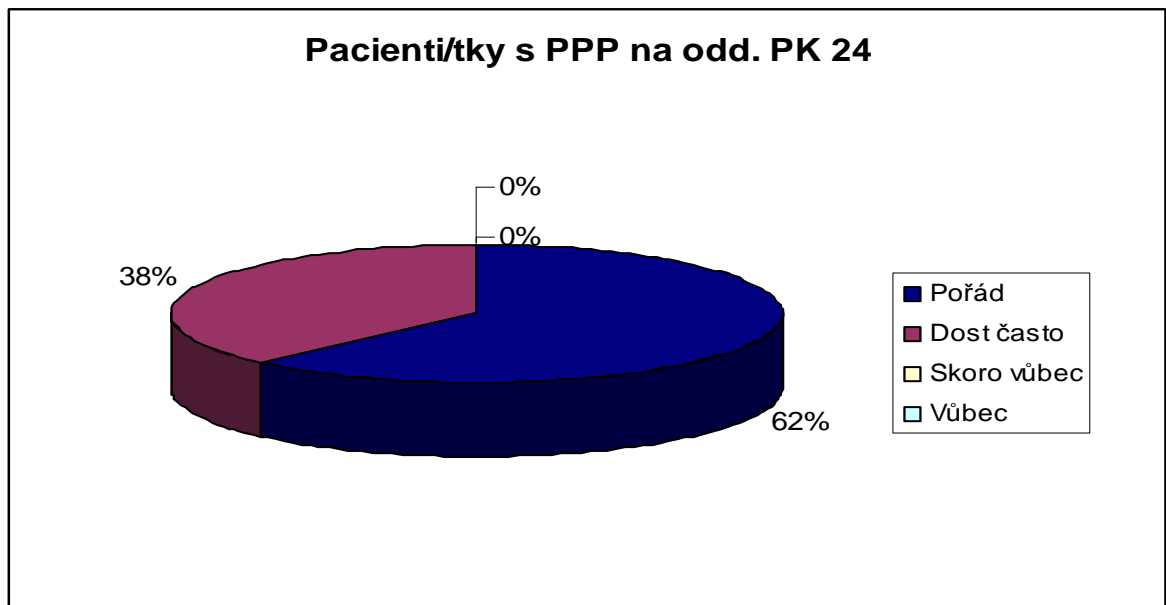
Nejvíce respondentů odpovědělo že pořád (20 respondentů, tj 49%), na odpověď někdy ano opovědělo 13 respondentů (33%) a 7 respondentů (18%) po příchodu z práce domů na práci nemyslí.

Otázka č. 14

Setkáváte se často na vašem oddělení s pacientkami/tama s PPP??

Tabulka č.18 Pacienti/ tky s PPP na odd. PK

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dost často	15	38
Pořád	25	62
Skoro vůbec	0	0
Vůbec	0	0
Celkem	40	100



Graf č.18 Pacienti/ tky s PPP na odd.PK

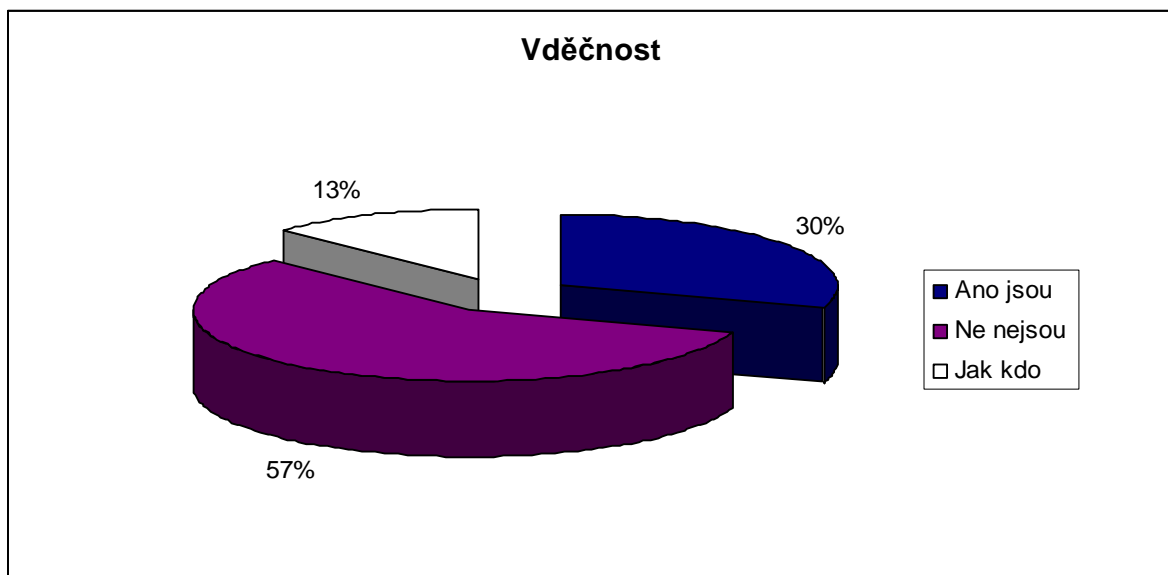
Z otázky je patrné, že se na oddělení setkávají převážně pořád s pacientkami/tkami s poruchami příjmu potravy. 25 respondentů (63%) uvedlo že si myslí, že se u nich pacientky/ti s PPP vyskytují pořád, odpověď dost často uvedlo 15 respondentů (38%) a odpověď skoro vůbec a vůbec neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č.15

Jsou pacienti/tky s PPP vděční za Vaši péči??

Tabulka č.19 Vděčnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano jsou	12	30
Ne nejsou	23	57
Jak kdo	5	13
Celkem	40	100



Graf č.19 Vděčnost

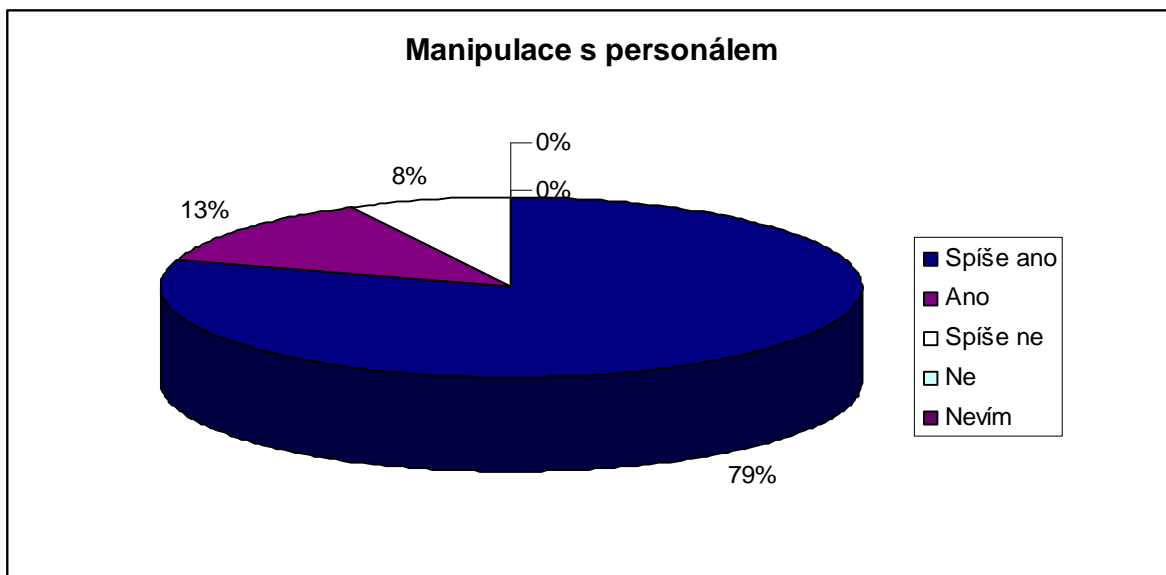
Z grafu a tabulky č. 19 je patrné, že 12 respondentů (30%) odpovědělo, že pacienti/tky jsou vděční za jejich péči, 23 respondentů (57%), že vděční nejsou a 5 respondentů (13%) uvedlo odpověď jak kdo.

Otázka č.16

Myslíte si, že pacientky/ti s PPP manipulují s personálem ??

Tabulka č.20 Manipulace s personálem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	32	79
Ano	5	13
Spíše ne	3	8
Ne	0	0
Nevím	0	0
Celkem	40	100



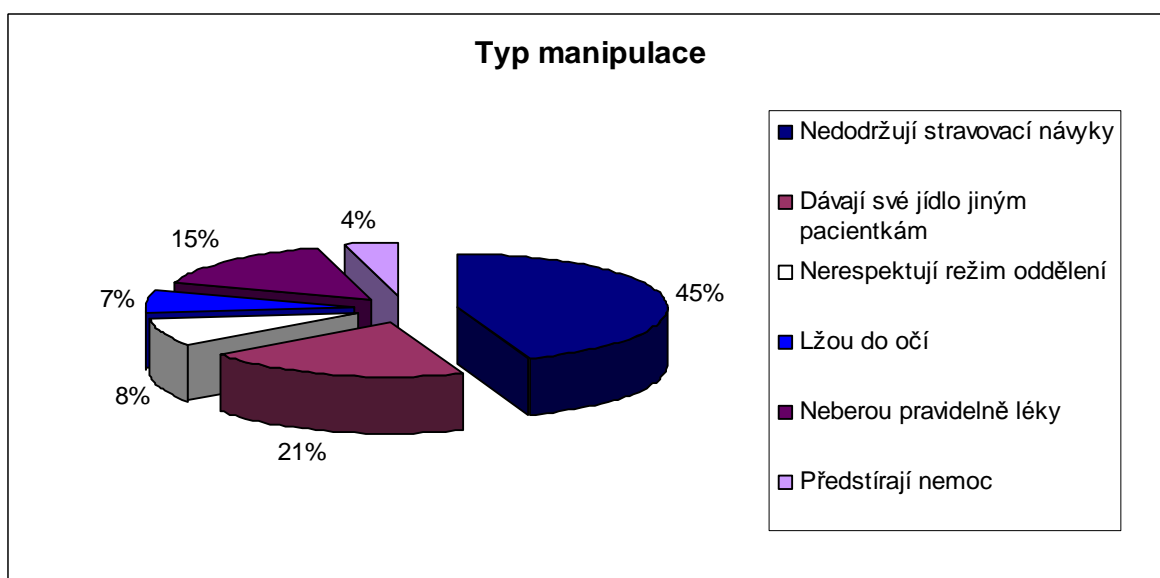
Graf č.20 Manipulace s personálem

Na otázku, zda si myslí že pacientky/ti s PPP manipulují s personálem odpovědělo 32 respondentů (79%) že spíše ano, 5 respondentů (13%) že ano manipulují a 3 respondenti (8%) odpovědělo že spíše nemanipulují.

Pokud ano, napište jak??

Tabulka č.21 Typ manipulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedodržují stravovací návyky	32	45
Dávají své jídlo jiným pacientkám	15	21
Nerespektují režim oddělení	6	8
Lžou do očí	5	7
Neberou pravidelně léky	11	15
Předstírají nemoc	3	4
Celkem	72	100



Graf č.21 Typ manipulace

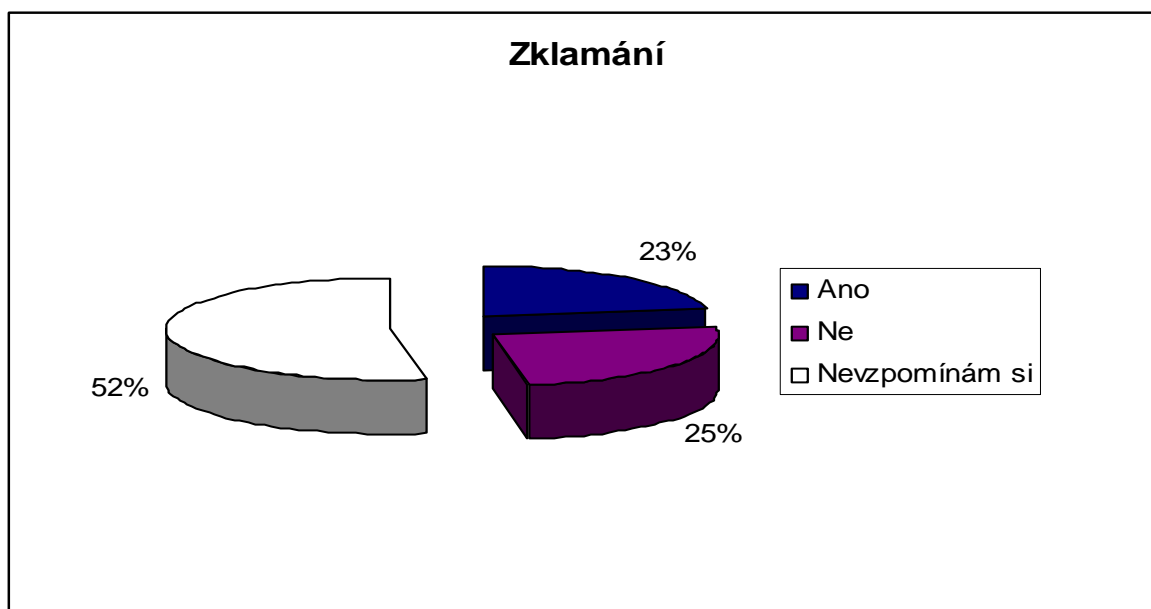
Nejvíce odpovědí u otázky, jak manipulují pacienti/tky s PPP s personálem, byla manipulace s personálem ohledně stravovacích návykách (45% odpovědí), další odpovědi byly že dávají své jídlo jiným pacientům\tkám (21% odpovědí), na dalším místě respondenti uváděli odpověď že pacienti/tky neberou pravidelně léky (15% odpovědí), dále že nerespektují režim oddělení (8% odpovědí), nebo např. že lžou personálu do očí (7% odpovědí) a 4% respondentů uvedlo, že pacienti/tky předstírají nemoc, když mají něco dělat.

Otázka č. 17

Zažil/a jste někdy velké zklamání na tomto pracovišti s pacienty s PPP??

Tabulka č.22 Zklamání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	23
Ne	10	25
Nevzpomínám si	21	52
Celkem	40	100



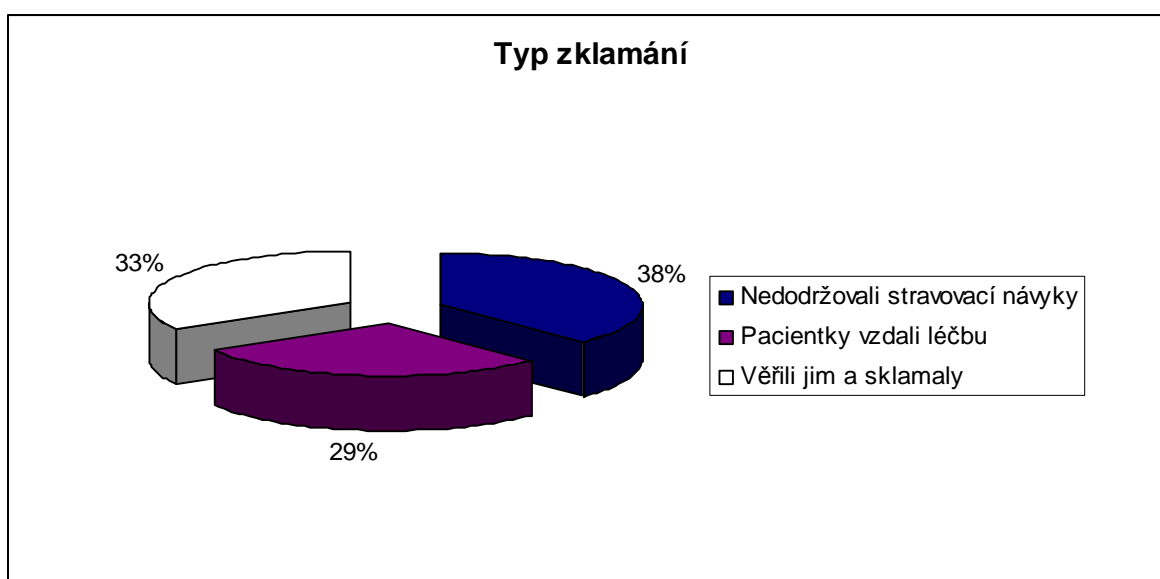
Graf č.22 Zklamání

V otázce, zda respondenti zažili někdy nějaké zklamání na tomto pracovišti s pacienty/ky s PPP, mě překvapilo, že pouze 9 respondentů (23%) odpovědělo že ano, z celkového počtu respondentů 10 respondentů (25%) odpovědělo že ne a 21 respondentů (52%) si nevzpomínají.

Pokud ano, napište jaké??:

Tabulka č.23 Typ zklamání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedodržovali stravovací návyky	9	38
Pacientky vzdali léčbu	7	29
Věřili jim a zklamaly	8	33
Celkem	26	100



Graf č.23 Typ zklamání

Z 9 respondentů, kteří odpovědi že již zklamání zažily, uvedly na dotaz jaké zklamání zažily odpovědi typu, že opět pacientky nedodržovali stravovací návyky a snažili se je obelstít, nebo že pacientky vzdali léčbu a nebo se objevila odpověď, že jim věřili a zklamaly.

9 respondentů (38%) odpovídalo že nedodržovali stravovací návyky

7 respondentů (29%) uvedlo, že pacientky vzdali léčbu

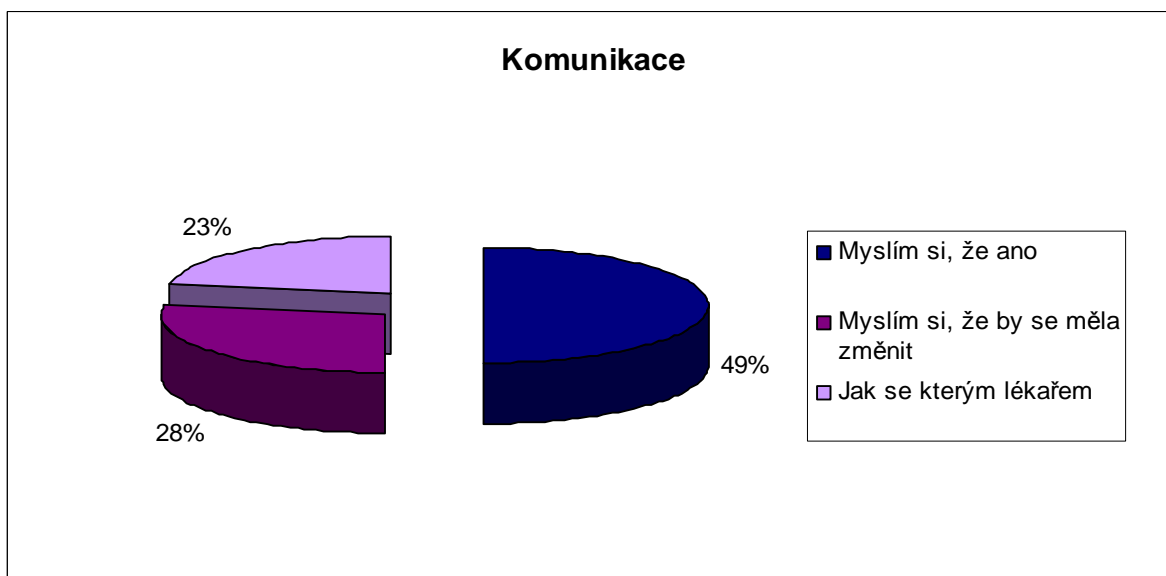
8 respondentů (33%) že jim věřili a zklamaly.

Otázka č.18

Považuje komunikaci na vašem oddělení mezi sestrami a lékaři za kvalitní???

Tabulka č.24 Komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Myslím si, že ano	20	49
Myslím si, že by se měla změnit	11	28
Jak se kterým lékařem	9	23
Celkem	40	100



Graf č.24 Komunikace

Z tabulky a grafu č.21 je patrné, že 20 respondentů (49%) si myslí, že je komunikace mezi nimi a lékaři kvalitní, ve 28% tj. 11 respondentů si myslí, že by se měla změnit a 9 respondentů (23%) si myslí, že záleží na tom, s jakým lékařem komunikace probíhá.

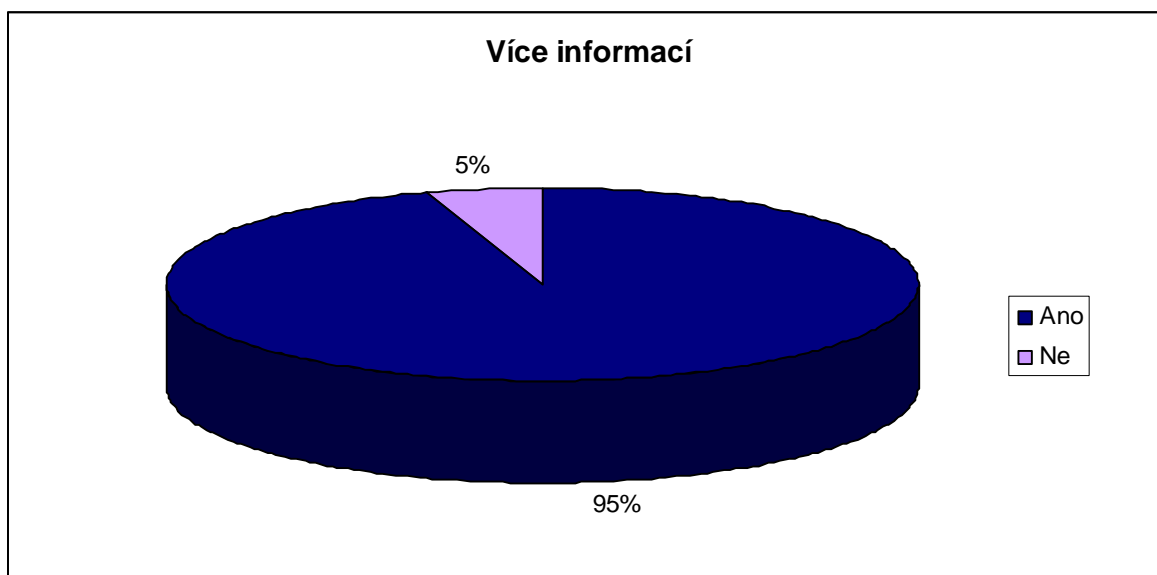
Otázka č. 19

Měla by jste zájem o více informací ohledně „Syndromu vyhoření“??

(např.semináře, brožurka, apod.)

Tabulka č.25 Více informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	95
Ne	2	5
Celkem	40	100



Graf č.25 Více informací

U otázky č.18 jde vidět, že 38 respondentů (tj 95%) by měli zájem o více informací o syndromu vyhoření, např. pomocí seminářů, brožurky apod. Pouze 2 respondenti (5%) zájem o více informací nemají.

9 ZÁVĚR DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V závěru dotazníkového šetření uvádím, zda se hypotézy potvrdili či nepotvrdili.

Hypotéza č.1: Předpokládám , že se u většiny personálu syndrom vyhoření zatím neprojevil

Tuto hypotézu měla ověřit v dotazníku otázka č.7, 8 a 11. 25 % respondentů odpovědělo že neprojevil a 13% respondentů že projevil. Proto se mi tato hypotéza potvrdila

Hypotéza č.2: Domnívám se , že většina personálu ví, jak syndromu vyhoření předejít

Otázka č. 9 a 12 mi měli potvrdit nebo vyvrátit tuto hypotézu. 97 % respondentů zná příčiny syndromu vyhoření a 95% respondentů ví, jak syndromu vyhoření předejít, proto se mi tato hypotéza opět potvrdila

Hypotéza č.3: Předpokládám, že se sestry běžně setkávají na oddělení s pacientkami s PPP.

Otázka č. 14 potvrzovala tuto hypotézu. 62% odpovědí znělo, že se s pacientkami s PPP setkávají pořád a 38% odpovědí bylo, že skoro často. Hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza č.4 Předpokládám, že pacientky s PPP jsou vděční za péči od zdravotnického personálu.

Na tuto hypotézu byla stanovena otázka č.14 a 15. 57% odpovědí znělo že nejsou pacientky vděčné a 30% odpovědí bylo že pacientky vděčné jsou. Z toho plyne, že se mi hypotéza nepotvrdila

Hypotéza č.5 Předpokládám , že pacienti/ky manipulují s personálem

Na tuto hypotézu byla stanovena otázka č.15 (první část) a otázka č.16 (druhá část). 79 % respondentů mi odpovědělo na otázku zda manipulují pacienti/ky s personálem, že spíše ano, 13% že ano a pouze 8% že spíše ne. Tato hypotéza se mi opět potvrdila.

Hypotéza č.6 Předpokládám, že nejvíce manipulují ohledně stravovacích návyků

Otázka č.15 (druhá část) a otázka 16 potvrzovali tuto hypotézu. 44% odpovědí bylo, že pacientky manipulují nejvíce ohledně stravovacích návyků a 22% odpovědí, že pacientky dávají své jídlo jiným pacientkám. Hypotéza se mi potvrdila.

10 DISKUZE

Druhou část praktické části jsem se rozhodla řešit pomocí dotazníku. Účelem bylo zjistit u zdravotních sester na psychiatrickém oddělení, zda netrpí v dnešní době již poměrně známým syndromem vyhoření a vztah zdravotních sester k pacientům/tkám s poruchami příjmu potravy.

Nejvíce sester pracujících na těchto odděleních bylo ve věku 24-28 let, na druhém místě 9 zdravotních sester v rozmezí věku 29-33 let, dále 6 zdravotních sester ve věku 34-38 let, 5 zdravotních sester ve věku 19-23 let a 5 zdravotních sester v rozmezí mezi 39-44 let. Nad 45 let věku zde nepracovala žádná zdravotní setra.

Nejvíce praxe na psychiatrickém oddělení mělo z celkového počtu 40 respondentů 10 zdravotních sester, které zde pracovali již více jak 10 let a na druhém místě bylo 12 zdravotních sester, které měli praxi na psychiatrickém oddělení od 11 do 15 let.

Z podaných otázek jsem zjistila, že 31 zdravotních sester(tj. 77%) by své pracoviště nezměnili, což mě velice překvapilo. Zato u otázky, zda se již u nich objevil syndrom vyhoření, mě nepřekvapilo, že odpověď NE uvedlo 25 respondentů, ANO uvedlo 13 respondentů a 2 respondenti že neví.

Z dotazníku jsem se dozvěděla, že 9 z respondentů již přemýšlelo o změně jejich pracoviště a 31 respondentů je se svým pracovištěm spokojeno a o změně nepřemýšleli. Z 9 respondentů by 5 rádi pracovali na dětském oddělení, 2 na oddělení ARO-JIP, 1 respondent uvedl, že by rád pracoval na ambulanci a 1 z respondentů na oddělení chirurgickém.

Povolání zdravotní sestry je někdy velice náročné, proto mě zajímalo, zda někdy pocítují velkou psychickou zátěž v práci. Výsledky byly celkem zajímavé. 10 respondentů se přiklání k odpovědi spíše anebo ano a 30 respondentů k odpovědím spíše ne, nebo přímo že ne.

Syndrom vyhoření je v dnešní době celkem známá věc. Ujistila jsem se v tom i v tomto dotazníku, protože většina respondentů ví co znamená syndrom vyhoření, již se s ním setkali v životě, znají příčiny vzniku a ví jak mu předcházet. V otázce, kdy měli respondenti vybrat, jak se syndrom vyhoření projevuje byla i kolonka jiné, kdy měli respondenti možnost připsat svůj vlastní nápad. Objevovali se zde odpovědi např. drogy, omezení kontaktu s pacienty, alkohol, nebo konflikty s rodinou.

U otázky, zda se již u nich syndrom vyhoření projevil, bylo 25 odpovědí (62%) že se zatím u nich neprojevil, 13 respondentů odpovědělo že ano (33%) a 2 respondenti odpověděli že neví. Při frustrující práci na tomto oddělení bych čekala více respondentů, u kterých se syndrom vyhoření projevil, ale jde vidět, že zde pracuje více respondentů mladšího věku, proto na tomto oddělení zatím nemají tolik praxe a syndrom vyhoření se u nich zatím neprojevil.

32 respondentů vědělo jak syndromu vyhoření předejít. Z nabídky přetížení, málo svobody k rozhodování, práce s obtížnými pacienty, nadměrný časový tlak, závislost v práci, omezený životní styl, neschopnost požádat druhé o pomoc, volilo 30 respondentů, že všechny odpovědi jsou správné.

Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost být na oddělení psychiatrie na praxi, viděla jsem sama, že se zde docela často setkávají s pacienty/tkami s poruchami příjmu potravy. Toto mi bylo potvrzeno i v dotazníku, kdy 25 respondentů volilo odpověď, že se s nimi setkávají pořád a 15 respondentů volilo odpověď skoro pořád.

Jak jsem zjistila, nejvíce pacienti/tky manipulují s personálem ohledně stravování. Tuto odpověď uvedlo 32 respondentů, dále se objevovali odpovědi typu, že nedodržují režim oddělení, dávají své jídlo jiným pacientům, neberou pravidelně léky, nebo např. předstírají nemoc, když museli něco dělat.

V otázce, zda už někdy zažili na oddělení nějaké zklamání odpovědělo 9 respondentů, že ano a v podotázce, ať napíše případně jaké, byla opět odpověď že pacientkám věřili a ony zklamali, nedodržovali stravovací návyky, nebo např. vzdají léčbu apod.

Jako poslední položka v dotazníku byla otázka, zda by respondenti měli zájem o více informací ohledně syndromu vyhoření. 95% respondentů by zájem určitě mělo a pouze 5% zájem nemá.

11 METODIKA PRÁCE

Jako třetí metodu pro svou praktickou část bakalářské práce jsem použila metodu pozorování. Je to proces zkoumání jevů v té formě, v jaké se v přírodě nebo ve společnosti nacházejí. Pozorování musí být plánovité, systematické (soustavné), přesné („objektivní“) a dokumentované.

Pozorování rozlišujeme podle:

- *Délky trvání a počtu opakování :*
 - Krátkodobé a dlouhodobé, jednorázové nebo opakované
- *Propracovanosti cíle a plánu pozorování :*
 - Orientační (volné)- není vymezen předmět pozorování
 - Zaměřené (systematické)-vytvořený plán pozorování
- *Předmětu pozorování*
 - *Volíme tzv. molární či molekulární přístup*
 - *Předmětem pozorování může být mimika, gesta, fyzické postoje, řeč, projevy emocí*

Já jsem si pro svou práci vybrala tzv. Pozorování činnosti pracovní skupiny.

Tabulka obsahuje 15 způsobů chování členů pozorované skupiny. Jména pozorovaných osob vepíšeme do tabulky a můžeme připojit tolik sloupců kolik je pozorovaných osob. Já jsem si zvolila 8 sloupců, protože ve skupině s PPP bylo 8 členů. Do sloupců k jednotlivým členům skupiny vyznačujeme (čárkou) příslušný způsob chování, tak, jak se projevuje během akce. Frekvenci způsobu chování u jednotlivců naznačuje počet čárek udělaný v jednotlivých řádcích.

Metoda slouží pro diagnostiku převažujících způsobů chování jednotlivých členů skupiny i diagnostiky skupiny jako celku.

U jednotlivců i skupiny můžeme sledovat tři základní trendy:

Produktivita (jde o snahy směřující přímo k plnění úkolu) chování č. 2, 4, 5, 8, 14

Řízení (jde o zaujímání určitých rolí v týmu) chování č. 1,3,10,11,12

Ovlivňování (jde o socio-afektivní úroveň, ovlivňování emočního klimatu) chování č. 6, 7, 9, 13,15 (Výsledky viz. příloha IV)

11.1 Diskuse

Z přílohy č. IV. je patrné, že nejvíce aktivní na skupinové terapii byly účastníci č. 1 a 7, za nimi účastníci č. 4 a 2 a nejméně aktivní byly účastníci č. 5, 6 a 7.

Jak účastník 1 tak i 7 nejvíce navrhovali postupy k určitému řešení situací jak svých, tak i ostatních. Velice se aktivně podíleli na skupinových sezeních celkově. Hledali kompromisy v řešení vzniklých situacích, rozdělovali úkoly, přebírali vůdčí pozice, ale také pomáhali ostatním s vyjadřováním svých pocitů, svých myšlenek.

Účastníci č. 3, 6 a 8 se zaměřili spíše na hlídání času, kdy už bude konec, ale aktivně se moc nezapojovali.

Kromě účastníka č. 5 byly všichni velice přátelští a snažili se, se na vzájem podržet a pomáhat si. Některá sezení byly velice zajímavá, bylo vidět že každý člověk je jiný. Jeden je typ vůdčí, dokáže vše zorganizovat, na druhou stranu jsou lidé, kteří jsou uzavření do sebe, moc o sobě nevykládají, nerozebírají s ostatními své problémy.

PRAXEOLOGICKÉ OPATŘENÍ

Aktivní výstup na konferenci „Integrovaný přístup k prevenci a péči o zdraví“ se studentkou sekci „Zdraví - věc společná“ dne 27.11.2008 v Academia centru Univerzity Tomáše Bati, Mostní 5139, Zlín.

Přikládám potvrzení o účasti + CD (viz příloha III a X)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S; SADÍLEK, P; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno : NCO a NZO, 2008. 185s s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] COREY, G; COREY, M.S; CALLANAN, P; RUSSEL, J.M. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. 1.vyd. Praha : Portál, 2006. 248 s. ISBN 80-7367-160-3.
- [3] DUŠEK, K; PROCHÁZKOVÁ-VEČEŘOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 176 s s. ISBN 80-247-0197-9.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin : OSVETA, 2006. 87s s. ISBN 80-8063-229-4
- [5] HALL, L; GOHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. 1.vyd. Brno : ERA, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
- [6] HORNEOVÁ, A; LANYADOOVÁ, M. *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. 1.vyd. Praha : TRITON, 2005. 681 s. ISBN 80-7254-568-X
- [7] HORT, V; HRDLIČKA, M; KOCOURKOVÁ, J; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- [8] JACKSON, E. *Jídlo a proměna*. 1.vyd. Brno : Tomáše Janečka, s.r.o, 2004. 131 s. ISBN 80-85880-37-7.
- [9] JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1.vyd. Hradec Králové : GAUDEAMUS, 2006. 200 s. ISBN 80-7041-512-6
- [10] KRCH, D.F. *Bulimie- Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
- [11] KRCH, D.F. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- [12] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-0840-X.

- [13] LADISHOVÁ, L.C. *Strach z jídla*. EPOS. 2002. 159 s. ISBN 80-8919-53-3.
- [14] LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha : Svoboda, 1995. 135 s. ISBN 80-205-0499-0.
- [15] LIŠKA, V. *Zpracování a obhajoba bakalářské a diplomové práce*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2008. 93 s. ISBN 978-80-86946-64-1.
- [16] MALÍKOVÁ, K; KADUČÁKOVÁ, H; SIMOČKOVÁ, V; MAGERČIAKOVÁ, M; DŽUMELOVÁ, M; LEHOTSKÁ, M; MORAUČIKOVÁ, E; VICÁŇOVÁ, M. *Manuál k přípravě a písanie závěrečnéj práce*. 1.vyd. Košice : Seminar sv. Karola Bormejského v Košicích, 2006. 77 s. ISBN 80-89138-64-0
- [17] MÁLKOVÁ, I; KRCH, D.F. *SOS nadváha*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0.
- [18] MARKOVÁ, E; VENGLÁŘOVÁ, M; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [19] MEŠKO, D; KATUŠČÁK, D; FINDRA, J. *Akademická příručka*. 1.vyd . Martin : OSVETA, 2006. 479 s. ISBN 80-8063-219-7.
- [20] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
- [21] NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku*. 1.vyd. Jinořany : H a H, 2004. 420 s. ISBN 80-86-022-93-5.
- [22] RIEGER, Z. *Lod' skupiny*. 1.vyd. Praha : Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-222-5
- [23] SVOBODA, M; ČEŠKOVÁ, E; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. 1.vyd . Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80 7367-154-9.
- [24] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje:

- [24] Desatero péče o zdraví sestry [online]. 2004, č.6 [cit. 2010-05-04]. Dostupný z <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>.
- [25] Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii [online]. 2006.[cit. 2010-05-17]. Dostupný z <http://www.zdravi4u.cz/view.php?cisloclanku=2006071401>
- [26] Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnutí stresu [online]. 2003.[cit. 2010-05-17]. Dostupný z http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/edice/plne_znění/brozury/syndrom_20_vyhoření.pdf.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Alergie
AT	Autogenní trénink
BMI	Body Mass Index
Č.	Číslo
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EAT	Eating Attitude Test
EDI	EATING DISORDER INVENTORY
FA	Farmakologická anamnéza
FSH	Folikuly stimulační hormon
GA	Gynekologická anamnéza
IPT	Interpersonální terapie
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
Kcal	Kilokalorie
LH	Luteinizační hormon
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MDI	Minerální denzita kostí
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů
Např.	Například
PPP	Poruchy příjmu potravy
RA	Rodinná anamnéza
s.	Strana
t.j	To je

TSH Tyreotropní hormon adenohipofýzy

Tzv. Takzvaně

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	62
Graf č. 2 Vzdělání respondentů	63
Graf č. 3 Praxe	64
Graf č. 4 Praxe v oboru psychiatrie.....	65
Graf č. 5 Změna pracoviště	66
Graf č. 6 Změna oddělení.....	67
Graf č. 7 Psychická zátěž	68
Graf č. 8 Pojem „ Syndrom vyhoření“	69
Graf č. 9 Syndrom vyhoření.....	70
Graf č. 10 Projevy syndromu vyhoření	71
Graf č. 11 Znalost příčin vzniku syndromu vyhoření	72
Graf č. 12 Příčiny vzniku syndromu vyhoření	73
Graf č.13 Výskyt syndromu vyhoření	74
Graf č.14 Projevy syndromu vyhoření	75
Graf č.15 Jak předejít syndromu vyhoření.....	76
Graf č.16 Předcházení syndromu vyhoření.....	77
Graf č.17 Myšlenky.....	78
Graf č.18 Pacienti/ tky s PPP na odd.PK	79
Graf č.19 Vděčnost	80
Graf č.20 Manipulace s personálem.....	81
Graf č.21 Typ manipulace.....	82
Graf č.22 Zklamání	83
Graf č.23 Typ zklamání	84
Graf č.24 Komunikace	85
Graf č.25 Více informací	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů	62
Tabulka č. 2 Vzdělání	63
Tabulka č. 3 Praxe	64
Tabulka č. 4 Praxe v oboru psychiatrie	65
Tabulka č. 5 Změna pracoviště	66
Tabulka č. 6 Změna oddělení	67
Tabulka č. 7 Psychická zátěž	68
Tabulka č. 8 Pojem „ Syndrom vyhoření“	69
Tabulka č. 9 Syndrom vyhoření	70
Tabulka č. 10 Projevy syndromu vyhoření	71
Tabulka č. 11 Znalost příčin vzniku syndromu vyhoření	72
Tabulka č. 12 Příčiny vzniku syndromu vyhoření	73
Tabulka č.13 Výskyt syndromu vyhoření	74
Tabulka č.14 Projev syndromu vyhoření	75
Tabulka č.15 Jak předejít syndromu vyhoření	76
Tabulka č.16 Předcházení syndromu vyhoření	77
Tabulka č.17 Myšlenky	78
Tabulka č.18 Pacienti/ tky s PPP na odd. PK	79
Tabulka č.19 Vděčnost.....	80
Tabulka č.20 Manipulace s personálem.....	81
Tabulka č.21 Typ manipulace	82
Tabulka č.22 Zklamání	83
Tabulka č.23 Typ zklamání.....	84
Tabulka č.24 Komunikace	85
Tabulka č.25 Více informací.....	86

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Dotazník:	101
Příloha II: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou prací	106
Příloha III: Potvrzení o aktivním výstupu na konferenci	107
Příloha IV: Pozorování činnosti pracovní skupiny	108
Příloha V: Etapy vývoje skupiny aneb Plujeme	110
Příloha VI: Desatero péče o zdraví sestry	112
Příloha VII: Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii	113
Příloha VIII: Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu	114
Příloha IX: Kontakty na odbornou pomoc	116
Příloha X. CD	117

Příloha I: Dotazník:

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Učňová a jsem studentkou 3. ročníku University Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás požádat v rámci své závěrečné bakalářské práce o vyplnění tohoto dotazníku na téma „ Riziko syndromu vyhoření u sester na psychiatrickém oddělení“. V dotazníku vybírejte pouze jednu možnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vámi vybrané odpovědi označte křížkem.

Ubezpečuji Vás, že můj dotazník je určen pouze pro studijní účely a je zcela anonymní.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který jste věnovali mému dotazníku.

Kristýna Učňová

1.Věk:

- 19-23
- 24-28
- 29-33
- 34-38
- 39-44
- 45 a více let

2.Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské
- Jiné

3. Jak dlouho pracujete v praxi jako zdravotní sestra?

- Do 5 let praxe
- Od 6 do 10 let praxe
- Od 11 do 15 let praxe
- Více jak 15 let praxe

4. Vaše délka praxe v oboru psychiatrie:

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-25 let
- Více

5. Přemýšlela jste někdy o změně vašeho pracoviště ?

- Ano
- Ne

Pokud ano, tak na které??.....

.....

.....

6. Pociťujete při své profesi nadměrnou psychickou zátěž?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

7. Setkala jste se někdy s pojmem Syndrom vyhoření?

- Ano
- Něco málo jsem o tom slyšela
- Ne

8. Víte co znamená syndrom vyhoření?

- Ano vím
- Ne nevím

Pokud ano , vyberte z možností jak se projevuje(možnost zaškrtnutí více odpovědí):

- Deprese a úzkost
- Smích
- Únava
- Neschopnost uvolnit se, odreagovat
- Dobrá nálada
- Jiné.....

9. Znáte příčiny vzniku syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne

Pokud ano vyberte z možností jaké:

- Přetížení
- Málo svobody k rozhodování
- Práce s obtížnými pacienty
- Nadměrný časový tlak
- Závislost na práci
- Omezený životná styl
- Neschopnost požádat druhé o pomoc
- Všechny odpovědi jsou správné

10. Znáte někoho , u koho se syndrom vyhoření objevil?

- Ano znám
- Ne neznám
- Nevím

11. Myslíte si, že se už u Vás syndrom vyhoření projevil?

- Ano projevil
- Ne neprojevil
- Vůbec nevím

12. Víte , jak syndromu vyhoření předejít?

- Ano vím
- Ne nevím

Pokud ano, tak napište jak:

.....
.....
.....

13. Myslíte na práci i po návratu z práce domů ?

- Někdy ano
- Pořád
- Vůbec

14. Setkáváte se často na vašem oddělení s pacientkami /tama s poruchami příjmu potravy?

- Dost často
- Pořád
- Skoro vůbec
- Vůbec

15. Jsou pacienti/tky s PPP vděční za Vaši péči?

- Ano jsou
- Ne nejsou
- Jak kdo

16. Myslíte si , že pacientky/ti s poruchou příjmu potravy manipulují s personálem?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

Pokud ano tak napište jak:

.....
.....
.....
.....

17. Zažila jste už někdy velké zklamání na tomto oddělení?

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

Pokud ano napište jaké:.....

.....

.....

.....

.....

18. Považuje komunikaci na vašem oddělení mezi sestrami a lékaři za kvalitní?

- Myslím si, že ano
- Myslím si, že by se měla změnit
- Jak se kterým lékařem

19. Měli by jste zájem o více informací ohledně „Syndromu vyhoření“ ??(např. semináře):

- Ano
- Ne

20. Prostor na Vaše připomínky k mému dotazníku:

.....

.....

.....

.....

Děkuji, že jste si našli čas vyplnit můj dotazník a přeji hezký zbytek dne

Příloha II: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou prací



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

**Pracoviště medicíny
dospělého věku**
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

**Pracoviště
reprodukční medicíny**
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

**Pracoviště
dětské medicíny**
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: UČIHOVÁ KRISTÝNA
 Datum narození: 9.15.1986 Telefon: 431000118 Email: brnava.k@seznam.cz
 Adresa (pro zaslání vyjádření): Záhradní 316, Brankovice, 683 33
 Škola/Fakulta: UTB ve Zlíně, FHS Obor studia: OŠETŘOVATELSTVÍ, PŘEDB. SESTRA
 Téma závěrečné práce: OŠETŘOVÁNÍ NEHODNÝCH S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY
 Požadavek (přesná specifikace): KE SVĚ BAKALÁŘSKÉ PRÁCI
 Způsob provedení sběru dat: ROZHOVOR, PŘEDLOŽENÍ, DOKUMENTACE
 Termín sběru dat: od 1.12.2008 do 21.12.2008
 Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: PK
 Presentace dat: DOTAZNÍK, KAZUISTIKA

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
 Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
 Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 24.10.2008 Podpis: Učihová

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Úhrada:
 ANO
 NE

Datum: 24/10/2008

Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20, 625 00 Brno
 Podpis a razítko

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: pod číslem:

Částka k úhradě:
31.10.2008
 Datum:

Zaplaceno dne: 31.10.2008
 Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ

Fakultní nemocnice Brno
 Jihlavská 20
 625 00 Brno

Tel.: 532 231 111
 Fax: 543 211 185
 e-mail: fnbrno@fnbrno.cz

IČO: 652 697 05
 DIČ: CZ 652 697 05
 Bankovní spojení: 71234-621/0100

Příloha III: Potvrzení o aktivním výstupu na konferenci „Zdraví – věc společná

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií**

***Integroující přístupy k prevenci
a péči o zdraví***

Zlín, 27. 11. 2008

POTVRZENÍ

o účasti na
I. mezinárodním kongresu
v délce 10 hodin
pro

Kristýnu Učňovou

narozenou 09. 05. 1986


Forma účasti na vzdělávací akci: aktivní

Souhlasné stanovisko: ČAS KK/6152/2008 dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. § 3

Vzdělávací akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro:

VŠEOBECNÁ SESTRA – PORODNÍ ASISTENTKA – FARMACEUTICKÝ ASISTENT
ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ – ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
ASISTENT OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ – DENTÁLNÍ HYGIENISTA

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií
760 01 ZLÍN


Mgr. Michaela Karafiátová

Příloha IV: Pozorování činnosti pracovní skupiny

Typ intervence	Účastník 1	Účastník 2	Účastník 3	Účastník 4	Účastník 5	Účastník 6	Účastník 7	Účastník 8
1. Navrhuje postupy	////	/		////	/	//	///	/
2. Hledá kompromis	///	////	//	/	///		////	//
3. Rozděluje úkoly	////	//	/	//	///	//	//	/
4. Vnáší nápady	//	///	/	//	/		///	/
5. Vnáší svůj pohled na svět	////	///	/	///	/	/	////	/
6. Zvyšuje hlas, chce se prosadit	////	/		//	/		///	
7. Přerušuje slovo, skáče do řeči	////	/		/			///	
8. Vrací pozornost k tématu	////	/	/	/	/		//	

Typ intervence	Účastník 1	Účastník 2	Účastník 3	Účastník 4	Účastník 5	Účastník 6	Účastník 7	Účastník 8
9. Uvolňuje atmosféru	///	//	/	//	//		////	
10. Shrnuje a rekapituluje	////	///		//	/		//	
11. Přebírá vůdčí pozici	////	/		////			////	
12. Hlídá čas	//	///	////	/		////	//	////
13. Pomáhá někomu vyjádřit se	////	//	/	////	//	//	///	/
14. Objasňuje a vysvětluje	//	///	/	////			////	
15. Vyjadřuje přátelství	////	//	////	///		////	////	////
Součty	54	33	19	36	16	16	51	16

Příloha V: Etapy vývoje skupiny aneb Plujeme

Etapa první: Rozhodování

Tato etapa trvá od prvního do čtvrtého setkání skupiny, tedy po dobu jednoho měsíce (setkává-li se skupina jednou týdně). Pro členy skupiny je tato etapa období chaosu. Členové skupiny v této etapě ještě nevědí, „o co jde“ a, má-li to vůbec mysl.

Etapa druhá: Orientace

Etapa orientace trvá od pátého setkání a končí někdy kolem desátého setkání. Pátým setkáním se mění forma skupiny – stává se skupinou uzavřenou. Od nynějška by mělo zůstat složení skupiny nezměněno až do konce. Etapa začíná překonáním počátečního chaosu a rozhodnutím pokračovat ve skupině v roli jejího člena. Členové skupiny mezi sebou navzájem navozují kontakt. Narůstá důvěra, což vede k uvolňování kontaktních hranic mezi jednotlivými členy. Objevují se aktivní nabídky ke spolupráci typu „Jsem tady pro tebe“, „Řekni nám o tom víc“.

Etapa třetí: Sdružování

Etapa sdružování trvá zhruba od desátého do patnáctého setkání. Začíná ve chvíli, kdy se členové skupiny již s přehledem orientují ve struktuře skupiny a současně začínají plně ovládat koordinaci chování. Dospívají ke sladění rytmu skupiny a ke vzájemné koordinaci chování.

Každý již ví, kdo je kdo. Tvoří se důvěrné vztahy, vřelejší, než jsou běžné vztahy ve formálních skupinách.

Výsledkem etapy sdružování je reálně fungující skupina se silnou skupinovou kohezí, s výraznou hierarchií

Etapa čtvrtá: Podléhání

Etapou podléhání prochází skupina v období mezi 15._20. setkání. Vrcholí vní proces vymezování struktury skupiny a její vnitřní hierarchie. V této etapě má možnost skupina si odpočinout, upevněním své struktury dosáhla skupina stavu „ absolutního“ bezpečí. Otevřela jednotlivým „ Já“ možnost oddat se všeobjímající náruči „ My“, začít si neohrožující symbiózu podobnou symbióze dítěte s matkou, shodit masku a ukázat se v plné autenticitě. To si jinde členové skupiny nemohou dovolit. Skupina si upravuje i pravidla.

Etapa pátá: Konfrontace

S etapou konfrontace se setkáváme v období mezi 20._25 setkáním. protože její projevy jsou v rámci celého vývoje skupiny nejdramatičtější, bývá označována za „ krizi skupiny“. Nikdy jindy ve vývoji skupiny se neprolínají sousedící etapy navzájem tak výrazně, jako etapa podléhání s etapou konfrontace.

Cílem etapy konfrontace je umožnit každému členu skupiny, aby si ve struktuře skupiny znovu a tentokrát natrvalo vymezil svou pozici. A aby se tak vrátil ke znovuobjevení své kontaktní hranice. Členové skupiny již ví kdo je kdo – zatím si však více všímají míst ostatních členů než vlastního. Zkušenost z této etapy přispívá k nalézání významu opozice v pozicích světa.

Etapa šestá: Objevování

Etapou začíná „dospělost“ skupiny. Trvá nejdéle a probíhá přibližně od 25. do 30. setkání. Cílem etapy objevování je poznání a porozumění zdrojům problému, který byl příčinou vstupu do skupinové psychoterapie. Začíná proces vědomé sebevýchovy.

Etapa sedmá: Uvolnění

Etapou uvolnění se završuje vývoj skupiny a současně psychoterapeutický proces ve skupině. Začíná v době 3.-5. setkání před ukončením kontinuálního pravidelného scházení skupiny. V rámci rekapitulace se objevuje téma „ Co mi skupina dala a co vzala“.

Příloha VI: Desatero péče o zdraví sestry

1. Žij zdravě – každý dobře víme, co to znamená. Pokus se všechna tato pravidla skutečně ve svém životě dodržovat.
2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami.
3. Vytvoř si při směném provozu jistou pravidelnost a symetričnost životního rytmu.
4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy.
6. Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí „image“.
7. Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem.
8. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.
9. Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné!

Pamatujte! Důvěřujte sami sobě, buďte sami sebou!!!!

Příloha VII: Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii

	Běžná porce	Porce při podvaze
snídaně	2 koblihy	2 koblihy, slazený nápoj
svačina	pribináček	pribináček + rohlík
oběd	hovězí svíčková na smetaně, houskový knedlík (3-4 ks)	bramborová polévka, hovězí svíčková na smetaně, houskový knedlík (5-6 ks), ovocný kompot
svačina	kiwi	vanilkový pudink, kiwi
večeře	šunková pizza	šunková pizza
2.večeře	míchaná zelenina	chléb s lučinou, zelenina

Připomínáme, že samozřejmostí je vyloučení všech light-výrobků a náhradních sladidel (pokud to nevyžaduje váš zdravotní stav). Pokud se někdo do určitého light-výrobku "zamiloval", je možné si jej dát jako doplněk, tedy navíc (nejčastěji to bývají různé typy jogurtů). Také je samozřejmostí dodržování pitného režimu, dospělý člověk by měl denně vypít minimálně 2 l tekutin (nepočítáme kávu, čaj a samozřejmě alkohol).

Příloha VIII: Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu

Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:

- Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.
- Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu, ukázat, co dovedu.
- Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky jak životní situaci čelit – odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce.
- Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z tohoto vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace každodenním chlebem.
- Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit – patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do za městnání své partnerské nebo rodinné starosti.
- Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakončení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnání stresu.

Pocit podpory ze strany ostatních, pocit přináležení k někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy – to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.
- Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám – najít si uspokojující práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.

- Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti).

Vhodnější a účinnější jsou samozřejmě speciálně zaměřené programy, ve kterých se jedinec s těmito zásadami nejen seznámí, ale naučí se základní relaxační metody, dostane se mu odborného doporučení, jak má upravit výživu, životosprávu, pohybový režim, má možnost docházet v rámci takto organizovaných programů na cvičení apod. Osvojení si základních postupů a strategií hodnocení stresogenních situací a zvládnání stresu, stejně jako úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu se jeví jako nezbytný předpoklad úspěšné prevence syndromu vyhoření.

Příloha IX: Kontakty na odbornou pomoc

➤ Fakultní nemocnice Brno

Psychiatrická klinika

Jihlavská 20

625 00 Brno

fnbrno@fnbrno.cz

➤ Anabell BRNO - kontaktní centrum a sídlo Občanského sdružení

Bratislavská 4, 2. patro

602 00 Brno

posta@anabell.cz

➤ Psychiatrická léčebna

Húskova 2

618 32 Brno- Černovice

sekretariát@plbrno.cz

Příloha X: CD- ukázka prezentace výstupu z konference
„Zdraví- věc společná“